Rok XXXV. Kraków 28. Listopada 1896. Nr. 48.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Redakcya: Przy ulicy Basztowej Nr. 4.

Administracya: Szpital św. Ludwika, przy ulicy Strzeleckiej Nr. 2.

Ekspedycya miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w Krakowie Administracya a w Paryżu p. Adam 81. rue des Saints Pères.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 81, rue des Saints Pères w Nowym Jorku Dr. Bronisław Grabowicz 137. Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopisy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

Treść:

Rok XXXV. Kraków 28. Listopada 1896. Nr. 48.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniwersytetu Jagiell. prof. Dra H. Jordana.

Uwagi dotyczące raka szyi macicy na podstawie spostrzeżeń poczynionych w klinice.

Podal

Dr. Ludwik Świtalski,

1-szy asystent kliniki.

Jednym z najczęstszych nowotworów, wychodzących z części rodnych kobiecych, jest rak szyi macicy; wchodzi on w zakres działania nie tylko ginekologa, lecz i chirurga, który również nie rzadko ma sposobność operacyjnego leczenia tego cierpienia.

Ale tak ginekolodzy jak i chirurdzy, w przeważnej ilości przypadków, stwierdzają zmiany chorobowe tak daleko posunięte, że radykalnego zabiegu już wykonać nie można.

W ostatnich latach zwracałem baczniejszą uwagę na chore, dotknięte rakiem szyi macicy, zgłaszające się do kliniki; starałem się wybadać przyczynę tak późnego zgłaszania się do operacyi, a przy tej sposobności, chcąc się przekonać, jak wiele tych chorych szuka porady lekarskiej w klinice, w ilu przypadkach możliwem jest wykonanie operacyi radykalnej, a wreszcie jakie wyniki osiągnięto u nas, zebrałem cały materyał z ostatnich trzynastu lat (od roku szkolnego 1883/4—1895/6), a spostrzeżenia jakie poczyniłem w krótkości tu przedstawię.

W ostatnich 13 latach na 9194 chorych, leczonych stale i poliklinicznie w klinice ginekologicznej, było 363 przypadków raka szyi macicy, a więc 3·94%. Chore nasze pochodziły przeważnie z niższej warstwy społeczeństwa, w której rak macicy najczęściej się rozwija, jak to jest zresztą rzeczą powszechnie znaną. Z 355 chorych, u których zanotowano wiek, wystąpił rak na szyi macicy:

19	razy	pomiędzy	20—30	rokiem	życia
78	"	"	30—40	"	"
153	"	"	40—60	"	"
81	"	"	50—60	"	"
16	"	"	60—70	"	"
7	"	"	70—80	"	"

Najczęściej zapadały na raka szyi macicy kobiety między 40—50 r. życia, bo aż w 43%. Rzadko występuje rak przed 30 r., a wyjątkowo tylko przed 20 r. życia. Najmłodsza z naszych chorych miała lat 21, najstarsza 80. U 113 chorych, a więc 31·8%, rozwinął się rak w jakiś czas po skończeniu się lat przejściowych. Twierdzenie Gusserowa, jakoby przeważna część chorych, zapadających na raka szyi macicy, przebywała przeciętnie większą ilość porodów, potwierdza i nasza statystyka. Na 285 chorych, u których w wywiadach uwzględniono przebieg życia płciowego, 6·3% nie roniło i nie rodziło, reszta przebyła 1654 porodów i poronień tak, że przeciętnie na każdą chorą przypada około 6 porodów, względnie poronień.

Związek, jaki zachodzi pomiędzy przebytymi porodami a rakiem szyi macicy prawdopodobnie jest pośredni, o tyle, o ile porody i poronienia przyczyniają się do wystąpienia zmian zapalnych na błonie śluzowej szyi macicy, które długi czas nieleczone, mogą niewątpliwie stworzyć warunki sprzyjające rozwojowi raka. Ruge i Veit [1]) stwierdzili swemi badaniami niezaprzeczony związek pomiędzy gruczołami erosyi a rakiem i, na tej podstawie, wypowiedzieli zdanie: *dass ein grosser Theil der Portionscarcinome Drüsencarcinome sind, die von neugebildeten Drüsen (Erosionen) ihren Ausgang nehmen.* Nie przypisują przytem, jak Breisky i Olshausen, tak wielkiego znaczenia wrębom na części pochwowej, powstałym po przedarciu szyi podczas porodu.

Że w miejscu erosyi może przyjść do rozwoju raka, o tem pouczają nie tak rzadkie spostrzeżenia kliniczne i wszyscy klinicyści z zapatrywaniem tem godzą się.

W zeszłym roku szkolnym mieliśmy sposobność operowania chorej z rakiem szyi macicy, osoby młodej, bo zaledwie 29 lat liczącej, nauczycielki, która z powodu chronicznego zapalenia błony śluzowej szyi macicy z dużą erosyą, była leczona bardzo sumiennie przez jednego z ginekologów, nie mającego z początku najmniejszego podejrzenia na sprawę nowotworową. Zmiany na części pochwowej, pomimo energicznego leczenia, bardzo powoli ustępowały, a chora, znudzona długiem leczeniem, usunęła się z pod obserwacyi lekarskiej. Kiedy w cztery miesiące potem chora ta zgłosiła się do kliniki, można było stwierdzić raka części pochwowej znacznie już rozrosłego. Na szczęście dał się wykonać jeszcze zabieg radykalny i pacyentka dotąd (dwa lata po operacyi) jest zupełnie zdrową. Przypadek ten zarazem świadczy, jak czasem szybko, — tu prawdopodobnie z powodu młodego wieku chorej, — nowotwór się rozrasta.

Uderzającem jest w naszej statystyce to, że rak macicy występuje bardzo rzadko u żydówek, które dosyć licznie w stosunku do katoliczek zasięgają porady lekarskiej w klinice. Zauważył to również prof. Jordan, który, mając od kilkunastu lat bardzo rozległą praktykę pomiędzy izraelitkami, tylko nader rzadko spotykał się u nich z tym nowotworem. A przecież żydówki u nas przeciętnie więcej rodzą, niż katoliczki, a warunki życiowe w klasie uboższej nie są wcale lepsze od warunków, w jakich żyją te same warstwy katolickie. Prawdopodobnie odgrywa tu pewną rolę więcej higie-

[1]) Der Krebs der Gebärmutter v. Dr Ruge u. Dr. Veit 1881. s. 104.

niczne przeprowadzenie połogów, wcześniejsze leczenie się, a może poniekąd i więcej przepisami religijnymi unormowane stosunki płciowe. Niektórzy bowiem jak Schröder, Martin podają między innymi, jako czynnik sprzyjający rozwojowi raka nadmierne zaspakajanie popędu płciowego. Trudno przypuścić, aby odgrywała tu rolę jaką rasa, dotąd bowiem wiadomo, że tylko kobiety o skórze ciemnej bardzo rzadko zapadają na raka macicy, natomiast często na włókniaki. Przyczyny późnego zgłaszania się chorych z rakiem macicy do operacyi są rozmaite i tu muszę powtórzyć to, co przed kilkoma laty napisał Winter [2]). W największej ilości przypadków przyczyna tego leży w wielkiej nieudolności samych chorych, w dużej jeszcze ilości przypadków winni są lekarze i akuszerki a w najmniejszej ilości, bo zdarza się to wyjątkowo, przyczyna leży w rozwoju samej sprawy chorobowej, wśród bardzo nieznacznych objawów.

Chore z niższych warstw naszego społeczeństwa z niechęcią wogóle zasięgają porady lekarskiej, a jeżeli to czynią to zwykle dopiero wtedy, gdy mają jakieś znaczniejsze dolegliwości; a właśnie przy raku macicy objawy z początku są tak mało dokuczliwe, że większa ilość chorych lekceważy je sobie i, dopiero wtenczas, gdy wystąpią upławy cuchnące, silne bóle, nieudolność do pracy, zwracają się do lekarza lub kliniki, ale wonczas już zwykle nowotwór się tak rozszerzył, że operacyi radykalnej wykonać nie można.

Większe zainteresowanie się swojem zdrowiem i wcześniejsze zasięganie porady lekarskiej może rozbudzić tylko większa oświata; miejmy nadzieję, że, w miarę rozwoju szkolnictwa, nastąpi poprawa i w tym kierunku. Że akuszerki zajmują się leczeniem chorych z cierpieniem ginekologicznem, zwłaszcza po małych miasteczkach i wsiach, to jest rzeczą powszechnie znaną, jak również i to, że wiele kobiet z niższych warstw społeczeństwa zwraca się o poradę nieraz z większem zaufaniem do akuszerki, która zwykle obejmuje ją sama w leczenie, polecając jej używanie jakichkolwiek środków domowych. Dopiero, kiedy stan się pogarsza, leczenie nie odnosi żadnego skutku, odsyła ją do lekarza, niestety jednak, przy raku macicy, zwykle zapóźno. Zapobiedz praktyce akuszerek w tym kierunku jest rzeczą bardzo trudną; ale natomiast w szkole akuszerek powinno się zwracać uczennicom szczególniejszą uwagę na to tak straszne cierpienie, należy im przedstawić przykre następstwa zgłaszania się późnego tych chorych do operacyi, a wreszcie zwrócić uwagę na początkowe objawy tego nowotworu. W ten sposób pouczone akuszerki mogłyby tylko korzystnie na chore oddziaływać i nakłaniać je do wcześniejszego zgłaszania się do lekarza lub kliniki.

Ale niestety i lekarze nie tak rzadko popełniają wielki błąd i zamało kładą wagi na pierwsze objawy raka macicy. Złudzeni dobrem wejrzeniem chorych, w początku rozwoju tego nowotworu, nie badają ich wcale, lub też bardzo niedokładnie.

A dzieje się to nie tak rzadko, nietylko na prowincyi, ale nawet i w miastach stołecznych, o czem mieliśmy się sposobność niejednokrotnie przekonać. Wielu lekarzy ma to błędne zapatrywanie, że wogóle przy raku musi wystąpić wyniszczenie dla tego nowotworu poniekąd charakterystyczne. Podczas gdy jednak przy raku niektórych ważnych narządów, n. p. żołądka, chéra występuje dosyć wcześnie, to przy raku macicy dzieje się to zwykle późno, bo dopiero wtenczas, kiedy następuje rozpad nowotworu, bardzo obfite upławy i krwawienia. Początkowo wejrzenie tych chorych może być nawet kwitnące.

O ten sam błąd w postępowaniu z choremi oskarża Winter [3]) lekarzy i podaje, że z chorych na raka szyi macicy, które zgłosiły się w r. 1891. do kliniki berlińskiej, trzecia część była leczona przez lekarzy, którzy ich wcale nie badali. Przez ogłoszenie, wystósowane do lekarzy, stosunki się o tyle poprawiły, że w następnym roku odsetek przypadków, nadających się do operacyi radykalnej, podniósł się z 31% na 45%, a liczba chorych z tem cierpieniem, leczonych a nie badanych przez lekarzy, spadła z 32% na 18%.

Wyjątkowo tylko zdarzają się pewne postacie raka szyi macicznej *(skirrhus)*, przy których bardzo długi czas objawy tak są nieznaczne, że nawet z pod uwagi wykształconej pacyentki mogą się usuwać; krwawienie, jeden z pierwszych objawów, który skłania chorą do zasięgania porady lekarskiej, może wystąpić bardzo późno, a skąpe białe upławy są zamało znaczącym objawem, aby mogły chorą naprowadzić na możliwość tak ciężkiego cierpienia. Dlatego też nie ma w tem nic dziwnego, jeżeli chore z tą postacią raka zapóźno zgłaszają się do operacyi.

Rozpoznanie raka szyi macicy w samym początku jego rozwoju nie zawsze jest rzeczą łatwą i trzeba niejednokrotnie, podobnie jak i przy raku trzonu macicy, wyczerpać wszystkie sposoby badania, aby postawić dobre rozpoznanie. Wiele tu zależy od miejsca, w którem rak się rozwija. Według Schrödera odróżniamy, ze względu na miejsce rozwoju, trzy postacie raka szyi macicy. Pierwsza rozwija się na części pochwowej (*Papilläre Form oder oberflächliches Cancroid der Portio*), druga w błonie śluzowej szyi (*Corcinom der Cervixschleimhaut*), a trzecia pod błoną śluzową (*Carcinom des Cervix*). W okresie późniejszym, gdy nowotwór znacznie się rozrośnie i ulega rozpadowi, odróżnienie tych postaci jest niemożliwe, co zresztą nie ma żadnego znaczenia. Inaczej rzecz się ma w samym początku rozwoju tego nowotworu: wtenczas trzeba zawsze pamiętać o tych trzech możliwych postaciach, aby odpowiednio i badanie przeprowadzić. Względnie najłatwiej można rozpoznać raka części pochwowej, który jest bezpośrednio dostępny dla badania dotykiem i wzrokiem. Pomimo tego jednak nierzadko i przy tej postaci trafiają się przypadki wątpliwe, w których, w celu postawienia pewnego rozpoznania, musimy dokonać wycięcia podejrzanej tkanki i poddania jej badaniu drobnowidowemu, które ostatecznie rozstrzygnie o jakości zmiany patologicznej. Rak części pochwowej, w samym początku swego rozwoju, ma nieraz wielkie podobieństwo do erosyi brodawkowej (*erosio papillaris*), jaka występuje w przebiegu dłużej trwającego zapalenia przewłocznego błony śluzowej szyi macicy. Zwykle jednak przy raku nierówności są wybitniejsze, utkanie twardsze i więcej kruche tak, że łatwo przychodzi do krwawienia pod wpływem już nieznacznego bodźca mechanicznego (n. p. spółkowanie, badanie), a wreszcie istnieje brak dążności do gojenia się pomimo odpowiedniego leczenia.

[2]) Berl. Klin. Wochenschrift 1891. Nr. 33. Über die Frühdiagnose des Uteruskrebses.

[3]) Centralblatt f. Gyn. 1895. Nr. 13. s. 320.

Trudniejszem jest rozpoznanie w początku raka błony śluzowej szyi lub szyi macicy. W tych razach badanie musi być przeprowadzone w podobny sposób, jak przy podejrzanym raku trzonu macicy, bo jak tu, tak i tam ognisko nowotworowe jest ukryte. Badanie za pomocą zondy, bezpośrednie badanie palcem po poprzedniem rozszerzeniu szyi, a wreszcie próbne wyskrobanie (*abrasio*) i badanie drobnowidowe doprowadzi nas do pewnego rozpoznania. Co do próbnego skrobania, to aby ono mogło nam oddać należytą usługę musi być zrobione bardzo dokładnie tak, aby przez skrobanie nie pominąć żadnego miejsca w macicy, ze zwróceniem szczególnej uwagi na miejsca, które przy badaniu zondą lub palcem przedstawiają się nam jako podejrzane.

Tu muszę wspomnieć, że w przypadkach, w których mamy podejrzenie na raka macicy, nie należy zaniedbywać badania przez odbytnicę, które nieraz pouczy nas dokładniej o zachowaniu się szyi i trzonu macicy i nieraz umożliwi wykazanie zmian, których przy badaniu przez pochwę nie mogliśmy wykazać.

W niektórych przypadkach raka szyi macicy, już nieco więcej rozwiniętego, część pochwowa przyjmuje postać charakterystyczną, kulistą, przyczem ujście zewnętrzne przedstawia się wtedy w postaci wązkiej szparki.

W niezmiernie rzadkich przypadkach mogłoby się zdarzyć, że przy raku szyi macicy (trzecia postać), nawet badanie drobnowidowe wyskrobanych strzępów błony śluzowej szyi, pomimo istniejącego nowotworu dałoby wynik ujemny, a to wtedy gdy albo nowotwór, który rozwija się pod błoną śluzową nie przebił jej jeszcze, lub rozrasta się więcej obwodowo. W takich wątpliwych, a podejrzanych razach, pozostaje jeszcze jako ostatnia ucieczka obserwacya, a dokładnie przeprowadzone badanie po pewnym czasie niewątpliwie pouczy nas o charakterze cierpienia. Tu muszę zaznaczyć, że potrzeba obserwacyi, w celu rozpoznania raka szyi macicy, przy dzisiejszych sposobach badania zachodzi nader wyjątkowo i uciekać się do niej nie należy, jeśli nieodzowna konieczność do tego nie zmusza; chore bowiem z cierpieniem ginekologicznem bardzo niechętnie poddają się powtórnemu badaniu i nierzadko, zamiast zgłosić się do lekarza w terminie przez niego oznaczonym, przybywają w kilka miesięcy później; dlatego też w takich przypadkach należy chorą dokładnie pouczyć o co idzie, aby potem nie składała winy na lekarza.

Każdy lekarz, przed przystąpieniem do badania chorego, przedewszystkiem stara się uwzględnić w wywiadach objawy chorobowe w danym przypadku, które powinny go pouczyć, w jakim kierunku ma przeprowadzić szczegółowe badanie. Wywiady w ginekologii mają bardzo wielkie znaczenie i w wielu bardzo razach umożliwiają postawienie rozpoznania. Podczas gdy chore z innemi cierpieniami podają objawy chorobowe, może aż zanadto drobiazgowo, to cierpiące na narząd rodny niechętnie wogóle wspominają o objawach, które są następstwem zmian patologicznych w częściach rodnych i nierzadko zwierzają się lekarzowi dopiero wtenczas, kiedy ten stawia im odpowiednie pytania. A właśnie może to mieć znaczenie przy rozpoczynającym się raku macicy, którego początkowe objawy są tak mało wybitne i powinno stać się dla lekarza bodźcem do dokładnego badania części rodnych.

Dokładne więc wywiady, połączone z dokładnem badaniem, powinny w każdym przypadku ginekologicznym stanowić podstawę, na której lekarz opiera swoje rozpoznanie.

(Dokończenie nastąpi).

II. Z zakładu medycyny sądowej Uniwersytetu Jagiell.

Uwagi o sekcyi zwłok rozkawałkowanych.

Podał

Dr. Włodzimierz Sieradzki,

asystent Zakładu.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 47).

Przejdźmy obecnie do omówienia tych zagadnień, jakie nasuwają się lekarzowi w przypadku oględzin i sekcyi zwłok rozkawałkowanych, których wyjaśnienia przedewszystkiem władze od znawcy się domagają. Znawca winien rozstrzygnąć:

1) Identyczność zwłok,
2) Rodzaj i przyczynę rozkawałkowania,
3) Przyczynę śmierci denata,
4) Jaki czas upłynął od śmierci denata,
5) Identyczność sprawcy w przypadkach kryminalnych.

Identyczność zwłok.

Bez wątpienia pierwszem zadaniem tak lekarza jak i całej komisyi śledczej jest stwierdzenie tożsamości zwłok, naturalnem bowiem jest pytanie, czyje to są zwłoki. Jeżeli więc przez wiarogodnych świadków tożsamości stwierdzić nie można, a zwłaszcza, jeżeli mamy przed sobą zwłoki bez głowy, lub z twarzą do niepoznania zmienioną, czy to przez zgniliznę, czy też sprawione uszkodzenia, należy systematycznie dobywać na jaw wszystkie szczegóły, służyć mogące do wykazania identyczności. Obowiązujące nas przepisy ministeryalne o postępowaniu przy oględzinach sądowych zwłok z 28. Stycznia 1855 r. dokładne w tej mierze podają wskazówki. I tak §. 31 i 32 mówi o opisaniu sukień i innych przedmiotów obok ciała znalezionych, a §. 48 nadmienia, że przy zwłokach nierozpoznanych należy rozpocząć oględziny zewnętrzne opisem osoby, w którym trzeba podać wysokość dokładnie zmierzoną, płeć, w przybliżeniu wiek, ogólny stan ciała, barwę włosów i oczów, kształt twarzy, czoła, nosa, warg i ust, rodzaj zarostu na twarzy, jeżeli ten istnieje, stan zębów i inne znaki szczególne, jak blizny, brodawki, znamiona, przekłute uszy, zniekształcenia i t. d.

Dokładne opisanie oraz zachowanie ubrania i innych przedmiotów, znalezionych przy zwłokach, ma niezmiernie doniosłe znaczenie, gdyż już niejednokrotnie można było stwierdzić z ich pomocą tożsamość osoby, zwłaszcza, że rzeczy gniciu bardzo trudno ulegają a nieraz i po wiekach całych można je znaleźć nieuszkodzone. Hofmann [26]) opisuje przypadek tyczący się wydobytych z wody już prawie rozpadłych zwłok mężczyzny, pozbawionych głowy i szyi, a częściowo i kończyn; przy sekcyi znaleziono w miednicy małej (!) małą sakiewkę, która, obok różnych drobiazgów, zawierała zupełnie czytelny kwit kasy jednego ze stowarzyszeń, z podaniem nazwiska denata.

---

[26]) Wiener med. Wochenschrift 1879. Nr. 5—7.

Idąc porządkiem wskazanym przez wyżej wspomniane przepisy, przystępujemy następnie do oznaczenia długości zwłok, która należy podać w centymetrach. Przy zwłokach niezupełnych długość daje się oznaczyć w przybliżeniu, z części zwłok, a nawet z jednej tylko długiej kości szkieletu, a to według prawideł Carusa, względnie według tablic podanych przez różnych autorów jak Orfila, Rollet, Lacassagne, Taylor, Toldt, Langer i inni. Długość w ten sposób obliczona nierzadko różni się o kilka centymetrów od długości rzeczywistej, gdy więc ma się kilka kości długich, należy zrobić obliczenie według każdej z nich z osobna, a następnie z otrzymanych wyników wziąść przeciętną. W orzeczeniu wyraźnie zaznaczyć trzeba, że długość jest oznaczona tylko w przybliżeniu.

Przy oznaczeniu płci, w razie braku części rodnych, kierować się również musimy cechami kośćca, a to szczególnie kości miednicy, jeśli je mamy pod ręką. Przy poszukiwaniu i badaniu części płciowych nie należy się zrażać nawet daleko posuniętą zgnilizną, gdyż wiadomą jest rzeczą, że macica i ciała jamiste prącia bardzo długo opierają się rozkładowi. Jeżeli i miednicy nie mamy przed sobą, to uwzględnić trzeba wszystkie inne wskazówki, które wprawdzie pojedyńczo do pewnych wniosków nie doprowadzają, ale zebrane dozwalają w przeważnej ilości przypadków dość stanowczo płeć określić. Tu należy zachowanie się innych kości szkieletu, długość i sposób uczesania włosów, stan zarostu na twarzy i na całem ciele, obecność sutków, a wreszcie ogólne wejrzenie kształtów ciała. Wszystko to, rozumie się, stanowi cechy bardzo indywidualne i, szczególnie w wieku młodzieńczym, zupełnie niecharakterystyczne. Niekiedy więc, zwłaszcza gdy mamy przed sobą n. p. tylko kończyny lub tylko głowę, musimy zrezygnować z oznaczenia płci i chyba tylko luźne domysły w orzeczeniu zaznaczyć.

Oznaczenie wieku możliwem jest tylko w przybliżeniu, a i tu najważniejsze wskazówki daje nam zachowanie się kośćca. Z samej jego długości, tylko u płodów i dzieci w pierwszym roku życia, można wyciągać pewne wnioski; o wiele ważniejszem w tej mierze jest zachowanie się punktów osyfikacyjnych poszczególnych kości. Opierając się na pracach Henlego, Langera, Toldta, Wachholza [27]) można ze sprawy kostnienia kości oznaczyć dość dokładnie wiek, aż mniej więcej, do 24-go roku; odtąd aż do 40-go roku nie przedstawia nam już kościec takich wybitnych oznak, a dopiero po tym okresie występują w nim znowu pewne zmiany, nie związane jednak tak ściśle, jak pierwsze, z okresami życia.

Zmianami temi są zrośnięcia wyrostka mieczykowatego z trzonem mostka, zwapnienie chrząstek żebrowych i krtaniowych, ostateczne zrośnięcie kości (szwów) czaszkowych i objawy zanikowe kości. Stan uzębienia, ważny w wieku dziecięcym, w późniejszym już nam żadnych pewnych wskazówek dać nie może, podobnie jak zachowanie się włosów ze względu na łysinę lub siwiznę, jak również ogólne młodzieńcze lub starcze wejrzenie ciała. W wewnętrznych narządach zwrócić trzeba uwagę w ogóle na objawy zanikowe, szczególnie zaś na stan macicy i tętnic. Zasadą zaś będzie i tutaj zdać sobie sprawę ze wszystkich znalezionych szczegółów, a po dokładnem ich rozważeniu, podać wyniki w przybliżeniu. Tyle bowiem tutaj znachodzimy różnic indywidualnych, że jeżelibyśmy chcieli podawać zbyt ściśle oznaczenie wieku, moglibyśmy rażącą popełnić omyłkę, jak to uczynili znawcy w wyżej opisanej sprawie, podanej przez Landgrafa.

W ogóle zaś przy wszelkich wnioskach wyciąganych ze stanu kośćca, czyto pod względem długości czy wieku, czy nawet płci, należy zawsze uciec się do jednego z podręczników, zawierających odpowiednie tablice, gdyż w tych obliczeniach trudno polegać na własnej pamięci. Gdy mamy przed sobą głowę, względnie twarz, jeszcze dobrze zachowaną, należy podać dokładny jej opis nakształt opisów paszportowych; lepszą jednakowoż nad wszelki opis jest fotografia i, jeżeli można, do niej zawsze uciec się powinno, co w dzisiejszych czasach, wobec rozpowszechnienia tej sztuki, trudności wielkiej nie sprawia. W wielkich miastach, jak Paryż, Berlin istnieją osobne budynki, zwane *morgue*, gdzie zwłoki nieznanych, konserwowane za pomocą nizkiej ciepłoty, bywają wystawione na widok publiczny. Gdy zgnilizna twarzy jest już dalej posuniętą i twarz przez to zmieniona, można użyć sposobów, podawanych przez autorów, celem odświeżenia wejrzenia twarzy. Tourdes i Wilhelmi w wyżej opisanym przypadku Bletryego moczyli głowę w często zmienianym wyskoku z domieszką ałunu i saletry, Hofmann zaś radzi ponacinać z tyłu i z boków głowę, płukać dłuższy czas w bieżącym strumieniu wody, a potem w zgęszczonym wyskokowym roztworze sublimatu lub chlorku cynkowego.

Zanotować należy barwę tęczówki, nierozpoznawalną często już przy nieznacznym stopniu gnicia, dalej długość, gęstość, barwę i ułożenie włosów, przyczem jednak trzeba pamiętać, że jak tego chcą liczne spostrzeżenia Chevaliera, Mosera, Caspra, Oesterlena, Wachholza [28]) i innych włosy, po dłuższym czasie, zwłaszcza w ziemi, zmieniają barwę, a mianowicie przybierają odcień rudawy. Stan uzębienia, sposób zachodzenia jednej szczęki na drugą, obecność sztucznych zębów — są to również bardzo ważne poznaki do stwierdzenia tożsamości, zwłaszcza, że zęby, nawet przy zupełnym rozkładzie, a nawet przy spaleniu zwłok, zupełnie dobrze się zachowują.

Określając odżywienie ogólne ciała, nie należy pomięszać tuszy z obrzmieniem ciała, wywołanem obecnością gazów gnilnych w tkance podskórnej.

Do znaków szczególnych zaliczamy blizny, brodawki, znamiona, zniekształcenia różnego rodzaju, owrzodzenia chroniczne, sprawy patologiczne, szczególnie w kościach, tatuowania rzadkie u nas i t. d.

Nie należy pominąć żadnego w tym kierunku szczegółu, gdyż drobna na pozór okoliczność może, w dalszym ciągu, śledztwo na właściwą drogę sprowadzić.

Celem określenia zawodu denata, dokładnie należy obejrzeć jego ręce i tu, ze stanu przyskórka, można wogóle określić, czy denat należał do klasy ciężko pracującej, lub nie, oczywiście, jeżeli tylko przyskórek zmacerowany nie odpadł poprzednio, jak to zdarza się przy ciałach, dłuższy czas leżących w wodzie; że w takim razie pomyłka jest możliwą, dowodzi słynna sprawa Tisza-Eszlarska [29]), w której znawcy, znalazłszy na wydobytych z Cisy zwłokach młodej dzie-

[27]) Wachholz: O oznaczaniu wieku ze zwłok na podstawie kostnienia główki kości ramieniowej. Kraków 1894. i po niemiecku Friedreichs Blätter f. ger. Med. 1894.

[28]) Przegląd lekarski 1894. Nr. 44.

[29]) Hoffmann: Zum Prozesse von Tisza-Eszlár. Wiener Med. Wochenschr. 1883. Nr. 25. und Fortstz.

wczyny nadzwyczaj delikatne ręce i nogi orzekli, że ona należała do wyższej klasy społeczeństwa, podczas gdy później okazało się, że była to dziewczyna z ludu, a ta wrzekoma delikatność rąk i nóg pochodziła stąd, że cały przyskórek, wskutek zmacerowania we wodzie, odpadł.

Z ułożenia i charakteru różnych odcisków na rękach wnosićby można o specyalnym rodzaju zajęcia; w literaturze francuskiej, (Tardieu, Vernois), mamy cały szereg spostrzeżeń w tym kierunku. Nie radziłbym jednak znawcy, który pod tym względem sam dłuższych nie zbierał spostrzeżeń, wyciągać daleko idących wniosków, gdyż może łatwo zbłądzić, lub się narazić na śmieszność. Sam podczas dłuższego pobytu w Paryżu, oglądałem często ręce, wskazane przez znawców jako typowe: w większej jednak liczbie wypadków nie mogłem się dopatrzeć owych wrzekomo charakterystycznych znamion dla poszczególnych zawodów.

Rodzaj i przyczyna rozkawałkowania.

Przedmiot ten, omówiony już w zupełności w pierwszej części niniejszej rozprawki. Na jedno jeszcze chciałbym tu zwrócić uwagę, mianowicie, że w razach, gdy rozpoznano, że pewne cięcie, zadane zostało ręką ludzką, i to za życia, trzeba się jeszcze zastanowić, czy przypadkiem nie mogło być zadanem przez denata w celach samobójczych. Spotyka się opisy wprost nieprawdopodobnych okaleczeń, których się dopuszczają na sobie samych, zwłaszcza umysłowo chorzy. Odcięcie części płciowych, rozpłatanie brzucha, porozrywanie jelit zauważono już niejednokrotnie.

Przyczyna śmierci.

Rozpoznanie przyczyny śmierci przy sekcyach zwłok rozkawałkowanych bywa często bardzo trudne, a niekiedy zupełnie niemożliwe, zwłaszcza, jeśli istnieje brak ważnych do życia narządów, lub jeśli zgnilizna dosięgła już wyższego stopnia. W takim razie nie należy się wcale silić i uciekać do własnej fantazyi, aby przecież cokolwiek orzec w tym kierunku, lecz trzymając się ściśle przedmiotu, oświadczyć, że w danym przypadku, z tych a tych powodów, przyczyny śmierci oznaczyć niepodobna. Z drugiej strony nie powinno się nigdy z góry zrażać i wątpić, ale badać wszystko dokładnie, gdyż nieraz, uwzględniając wszystkie szczegóły, możemy przyjść do pewnych wniosków, których na razie nie spodziewaliśmy się wysnuć. Obok zwykłego badania zmian w narządach wewnętrznych, obejrzeć musimy dokładnie wszystkie uszkodzenia i powierzchnie pociętych kawałków zwłok. Niejednokrotnie zdarza się, że między nimi znajduje się uszkodzenie, dające nam objawy obrażenia powstałego za życia, jak retrakcya brzegów rany, wynaczynionki, skrzepy krwi, podbiegnięcia i nacieknienia krwią brzegów i tkanki otaczającej. Obrażenie zaś to może stanowić przyczynę śmierci. Pamiętać przytem należy o tej okoliczności, że bywają takie obrażenia, które nadzwyczaj szybko śmierć sprowadzają, a mogą nie dawać wyżej wyliczonych objawów życiowych. Wspominałem o tem już powyżej, omawiając przejechanie przez pociąg i rozszarpanie przy gwałtownych wybuchach, podobnie jednak rzecz się mieć może także w przypadkach głębokiego przecięcia szyi wraz z obiema tętnicami dogłowowemi, z których krwotok jest tak gwałtowny, a śmierć tak nagła, że powierzchnia cięcia może nam przedstawiać zaledwie tylko nieznaczne ściągnięcie brzegów, bez innych objawów. Tak w wyżej opisanym przypadku Blumenstocka rana cięta na szyi, przez którą według własnego zeznania, obwiniona dziecięciu śmierć zadała, nie okazywała wcale żadnego podbiegnięcia krwi. Do takich obrażeń zalicza Casper przedewszystkiem rany postrzałowe i kłóte, tyczące się ważnego naczynia krwionośnego. Blumenstock [30]) opisuje jeden przypadek rany kłótej serca bez podbiegnięcia. W takich razach niekiedy wybitna niedokrewność wewnętrznych narządów może nas naprowadzić na myśl, że śmierć nastąpiła wskutek znacznej utraty krwi. W każdym razie zaś, gdyby śledztwo wykazało, że sprawca zadał śmierć swej ofierze tem obrażeniem, a oględziny rany nie wykazałyby żadnych objawów życiowych, należy orzec na stósowne zapytanie, że, jak to doświadczenie lekarskie poucza, możliwem jest, że rana ta została zadaną za życia. (Dokończenie nastąpi).

III. **Z oddziału położniczo-ginekologicznego szpitala ś. Łazarza w Krakowie pod kierunkiem prof. Dra H. Jordana.**

O rozmiękczeniu kości połogowem z uwzględnieniem leczenia fosforem.

Podał

Dr. Franciszek Kośmiński,

asystent szkoły położnych w Krakowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 47).

Korzystając z dość obfitego materyału na oddziale położniczo-ginekologicznym, rozpocząłem, za łaskawem pozwoleniem prymaryusza oddziału, prof. Dra H. Jordana, któremu za to niniejszem składam serdeczne podziękowanie, podawać fosfor osobom dotkniętym rozmiękczeniem kości. Z początku stósowałem fosfor w bardzo małych, a potem w coraz większych dawkach i przekonałem się, że można po pewnym czasie, gdy się już ustrój niejako przyzwyczaił do fosforu, stósować znacznie większe dawki, aniżeli to dotychczas polecano. Gdy bowiem największa dozwolona dawka dzienna wynosi 0·005 według Pharmacop. German. [52]), a u dzieci i u osób osłabionych, jakiemi niewątpliwie były osoby przezemnie leczone, już dawka 0·007 do 0·015 wystarcza do wywołania groźnych objawów, to osoby, u których przez czas dłuższy stósowałem fosfor, dochodziły do dawki podwójnej, aniżeli dozwolona, to jest do 0.01 na dobę. U wszystkich stósowałem fosfor w rozczynie z tranem, w celu zaś poprawienia smaku dodawano niekiedy jedną do dwóch kropli olejku miętowego na 50·0 rozczynu. Leczenie rozpoczynano zawsze od podawania rano i wieczór po łyżeczce od kawy, to jest około 5·0 rozczynu podług wzoru: *Phosphor. 0·01 Ol. jecor. Aselli 50·0;* po tygodniu polecano rano, w południe i wieczór po łyżeczce tego rozczynu, a następnie, mniej więcej co dwa tygodnie, zwiększano powoli dawkę, używając kolejno rozczynów *Phosphor. 0·015 Olei jecor. Aselli 50·0*, potem 0·02 : 50·0, dalej 0·025:50·0, wreszcie 0·03:50·0, a w końcu 0·035:50·0; większych dawek przez dłuższy czas chore nie znosiły dobrze. Tym sposobem podając trzy łyżeczki, to jest około 15·00 dziennie rozczynu:

---

[30]) Medycyna 1873. Nr. 8 i 9.

[52]) Bernatzik u. Vogl: Lehrbuch d. Arzneimittellehre. Str. 417—424. 1886.

Phosphori 0·035 Olei jecor. Aselli 50·0, stósowano przeszło 0·01 fosforu dziennie. Oczywiście szemat ten nie mógł być ściśle stósowanym, gdyż zależało to od tego, jak ustrój znosił to leczenie, gdy bowiem jedne, nawet przez czas dłuższy bardzo dobrze znosiły wielkie dawki, to u drugich występowały niekiedy przypady żołądkowe, które zmuszały do zmniejszenia na pewien czas dawki, aby następnie, po ustąpieniu tych przypadów, na nowo stopniowo dawkę zwiększać. Wszystkie osoby, u których stosowałem fostor, okazywały wybitne cechy bardzo daleko posuniętego rozmiękczenia kości, z jakim zaś skutkiem to leczenie zastósowano, najlepiej wykażą krótkie historye chorób, które poniżej podaję.

1) M. S. lat 26. religii rzymsko-katolickiej, zamężna ze Świątnik górnych. Przybyła 24. Maja 1892. Pierwsza regularność w 15 r. życia i odtąd co 4 tygodnie, prawidłowa. Zawsze zdrowa. Pierwszy poród w 20 r. życia prawidłowy, drugi również prawidłowy, w półtora roku później. W 23 r. życia trzecia ciąża, podczas której wystąpiły silne bóle w kościach tak, że nie mogła o własnej sile chodzić; po porodzie, który był cięższy niż poprzednie, stan się poprawił nieco. Karmiła zawsze sama. W 26 r. życia czwarta ciąża, bóle w kościach wzmogły się tak, że od pół roku niemoże się nawet ruszyć z łóżka. Przed 5 tygodniami poród ciężki, dziecko nieżywe.

Odżywienie nędzne, skóra brudno-ziemista, sucha, niedokrewność bardzo znaczna, tętno przyśpieszone, liczba oddechów zwiększona, kończyny dolne chłodne, obrzękłe. Klatka piersiowa mocno ku przodowi wypuklona, kręgosłup w części piersiowej ku tyłowi, w części lędźwiowej zaś mocno ku przodowi wygięty, miednica charakterystycznie zniekształcona, dziubowata. Wymiary miednicy: D. S.=25 ctm. D. C.=27 ctm. D. T.=26 ctm. Conj. extr.=20 ctm. Przy ucisku kości miednicy, kończyn dolnych i górnych, żeber i kręgosłupa, zwłaszcza w dolnej części, są bardzo bolesne. Długość ciała chorej = 139 ctm., kąt pomiędzy udami przy największem oddaleniu od siebie wynosi około 43 stopni. W płucach rozległy nieżyt oskrzelowy, w moczu ślad białka, wałeczków nie znaleziono. Ruchy, szczególniej kończyn dolnych, są bardzo upośledzone i bolesne, chora o własnej sile z łóżka wstać nie może.

Żalecono odpowiednią dyetę i podano rano i wieczór łyżeczkę następującego rozczynu: fosforu 0·01, tranu 50 gr. zwiększając powoli dawkę fosforu w sposób powyżej opisany.

30. Czerwca bóle w kościach mniejsze, chora porusza się i sama siada na łóżku dość swobodnie, łaknienie dobre, pomimo ciągłego zażywauia fosforu. Obrzęki kończyn dolnych nieznaczne; w moczu białka nie wykazano. Regularność pierwsza po porodzie skąpa.

1. Sierpnia: dotychczas wyżyła chora około 0·20 gr. fosforu i 600·0 tranu. Wstaje sama z łóżka i kilka kroków przy łóżku jest w stanie postąpić. Od 15. do 20. Sierpnia miała przypady żołądkowe, skutkiem czego zmniejszono dawkę fosforu.

25. Września chora, mocno zgarbiona ku przodowi, przechodzi się o własnej sile po sali.

26. Października, chodzi dobrze i dość długo, wychodzi na kurytarz na przechadzkę. Kończyny dolne nie obrzękłe, w moczu białka nie ma.

22. Listopada, wygląda znacznie lepiej, apetyt dobry, prawie cały dzień chodzi.

19. Grudnia wyszła z oddziału. Ogółem wyżyła przez cały czas około 0·70 fosforu i 1700·0 tranu. Przez cały dzień może chodzić swobodnie, mostek, żebra, kości kończyn górnych i dolnych są przy ucisku nie bolesne, kości miednicy i kręgi lędźwiowe, przy silnym ucisku tkliwe.

W domu polecono chorej zażywać, według przepisu, bardzo małe dawki fosforu przez kilka miesięcy. Tymczasem już po przeszło dwu tygodniach, bo 4. Stycznia 1893 roku, zgłasza się chora ponownie na oddział, mówiąc że w domu nie zażywała lekarstwa i że czuje większe bóle w krzyżach i w nogach, chodzić jednak może dość długo bez zmęczenia. Podano jej zatem dalej fosfor, obok odpowiedniej dyety. Stan ogólny poprawiał się coraz bardziej, skóra stała się nie tak sucha, niedokrewność mniejsza, obrzęki kończyn dolnych, nawet po dłuższem chodzeniu nie występowały, w moczu białka nie wykazano.

28. Lutego 1893 roku opuściła szpital; przez te dwa miesiące wyżyła około 0·28 fosforu i 650·0 tranu. W domu polecono jej zażywać dalej fostor z przerwami i do końca Lipca 1893 r., to jest przez 5 miesięcy, wyżyła znów około 0·32 fosforu i 900·0 tranu. Razem na oddziale i w domu wyżyła około 1·30 fosforu i 3250 tranu.

Do Listopada 1894 r. miała się dobrze, chodziła bez bólów i mogła się zajmować lekką robotą przy gospodarstwie; w końcu Listopada przyjechała pokazać się i, skarżąc się na bardzo wilgotne mieszkanie, narzekała na silniej występujące bóle w kościach miednicy i krzyżach. Polecono jej zmienić mieszkanie i zażywać znów małe dawki fosforu. Przez trzy miesiące zimowe wyżyła około 0·25 fosforu i 600 tranu; bóle ustąpiły i, według doniesienia listowego, czuła się znów zdrową. Obecnie miesiączka skąpa nieregularnie powtarzająca się co 6 lub więcej tygodni. Odtąd ma się zupełnie dobrze i co kilka miesięcy, albo donosi listownie o stanie swego zdrowia, albo też osobiście się przedstawia.

Według ostatniej wiadomości, otrzymanej w Sierpniu 1896 r., ma się zupełnie dobrze.

2) R. G. lat 30, izrael., zamężna, z Wiśniowy obok Dobczyc. Przybyła na oddział dnia 20. Lutego. 1893 r.

Pierwsza regularność w 14 r. życia i odtąd co 4 tygodnie, przez 8 dni, bardzo obfita. Pierwszy poród w 20 r. życia, drugi w 22, trzeci w 23½, wszystkie prawidłowe. Pierwsze bóle w kościach wystąpiły w drugiej połowie czwartej ciąży w 25 r. życia; po porodzie, który się odbył prawidłowo, bóle zmniejszyły się. Podczas ciąży piątej w 26 r. życia bóle w kościach wystąpiły silniejsze, poród był cięższym, niż poprzednie, urodziła jednak sama dziecko żywe, po porodzie stan się poprawił. Podczas ciąży szóstej w 29 r. życia, wystąpiły bóle w kościach, bardzo silne tak, że w drugiej połowie ciąży musiała ciągle leżeć w łóżku; poród miał być bardzo ciężki, jednak urodziła sama dziecko żywe. Po porodzie stan nie wiele się poprawił, bóle w kościach utrzymują się ciągle tak, że chodzić o własnej sile nie może.

Karmiła zawsze sama do 10 miesięcy, a nawet dłużej. Budowa i odżywienie liche, *kyphoscoliosis sinistra*, klatka piersiowa jednak nie bardzo zniekształcona. Przy ucisku bolesność kości kończyn górnych, mostku i żeber mała, kości kończyn dolnych i kręgosłupa większa, kości miednicy zaś bardzo wielka. Wymiary miednicy: D. S.—21 ctm, D. C.= 25 ctm. D. F.=25 ctm. Conj. extr.=18 ctm.

Spojenie łonowe mocno ku przodowi wysunięte, gałęzie zstępujące kości łonowych są oddalone od siebie na 2 ctm., odległość pomiędzy guzami siedzeniowymi wynosi 7 cmt. Panewki biodrowe zaklęśnięte ku wewnątrz miednicy, ucisk na kości miednicy od wewnątrz jest bardzo bolesny, kości jednak przy ucisku nie poddają się, nie są miękkie. Długość ciała chorej=127 ctm, kąt pomiędzy udami przy największem oddaleniu od siebie wynosi 41 stopni. W dolnych częściach płuc nieżyt oskrzelowy. Kończyny dolne nieco obrzękłe; w moczu białka nie ma.

Polecono dyetę odpowiednią i fosfor. Stan chorej szybko się poprawiał, bóle w kościach zmniejszyły się.

20. Marca 1893 r. wyszła ze szpitala na własne i na męża żądanie. Przez ten miesiąc wyżyła około 0·12 fosforu i 400 tranu.

17. Sierpnia 1894 r. zgłosiła się ponownie na oddział, podając, że po wyjściu ze szpitala zastąpiła po raz siódmy, że podczas ciąży stan jej stopniowo się pogarszał tak, że obecnie ciągle już musi leżeć w łóżku. Ostatni poród w 31 r. życia, to jest przed 6 miesiącami, był bardzo ciężki, dziecko nieżywe wydobyto sztucznie, *trepanatio et excerebratio.*

Badanie wykazało bolesność kości znacznie większą, aniżeli przed rokiem, a nawet kości głowy za uciskiem okazały się bolesnemi. Obrzęk kończyn dolnych nie wielki, w moczu białka nie wykazano. Zalecono fosfor.

1. Września chora chodzi po sali przy pomocy kija, łaknienie ma dobre, stan ogólny poprawił się znacznie, bóle w kościach nieznaczne.

10. Listopada chodzi sama o własnej sile dość długo, kości tylko przy silnym ucisku są bolesne.

27. Grudnia wyszła ze szpitala.

Ogółem wyżyła przez 5 miesięcy około 0·60 fosforu i 1300·0 tranu. Nie miała żadnych przypadów żołądkowych, znosiła leczenie bardzo dobrze. Chodzić może o własnej sile przez dłuższy czas, stan ogólny dobry, odżywienie znacznie lepsze, apetyt dobry; tylko przy silnym ucisku kości miednicy są nieco bolesne. Regularność co 5 do 6 tygodni, obfita bez bólów.

Polecono w domu żywić się odpowiednio i zażywać z przerwami roczczyn: fosfor. 0·02: 50 tranu, po dwie łyżeczki dziennie. W przeciągu 6 ciu miesięcy wyżyła w ten sposób w domu około 0·40 fosforu i 1000·0 tranu.

Następnie co parę miesięcy donosiła listownie o stanie swego zdrowia; w Grudniu 1895 roku przedstawiła się osobiście. Chodzi dobrze, jednak przy bardzo silnym ucisku bolesność kości miednicy utrzymuje się.

Według ostatniej wiadomości, otrzymanej w Sierpniu 1896., ma się zupełnie dobrze.

3) L. S., lat 37, izraelitka, zamężna, z Ulanowa, przybyła na oddział dnia 27. Grudnia 1893 r. Pierwsza regularność w 16. r. życia i odtąd co 4 tygodnie, prawidłowa. Rodziła razy osiem. Pierwszy poród w 22, drugi w 24, trzeci w 26, czwarty w 28, piąty w 30. r życia, wszystkie porody prawidłowe, dzieci żywe. Pierwsze bóle w kościach wystąpiły podczas ciąży szóstej, przed 6 laty, t. j. w 31. r. życia; po porodzie, który się odbył prawidłowo, stan się poprawił, bóle zmniejszyły się, jednak nie ustąpiły zupełnie. Przed 3 laty, t. j. w 34. r. życia, podczas ciąży siódmej, bóle w kościach wystąpiły silniejsze tak, że chodzić zaledwie mogła; urodziła sama dziecko żywe, niedonoszone. Po porodzie stan się nieco poprawił, chodzić jednak mogła tylko z trudnością. Karmiła zawsze sama. W 36. r. życia, t. j. przed 10-ciu miesiącami, zastąpiła po raz ósmy. Już w trzecim miesiącu ciąży bóle w kościach wzmogły się tak, że tylko opierając się na kiju, z trudnością mogła przejść przez pokój; od pięciu zaś miesięcy nie może się nawet ruszyć z łóżka. Przed 3 tygodniami poród czasowy bardzo ciężki, dwie doby trwający; zawezwany lekarz wykonał trepanacyę, ekscerebracyę i wydobycie płodu. W kilka dni po porodzie zauważyła, że mocz wycieka bezwiednie kroplami, od tygodnia zaś wcale już moczu utrzymać nie może.

Budowa wątła, odżywienie bardzo liche, kości klatki piersiowej nieznacznie tylko zmienione, natomiast kształt miednicy jest charakterystycznie dziubowaty. Wymiary miednicy: D. S. = 20 ctm. D. C. = 24 ctm. D. T. = 26 ctm. Conj. extr. = 18 ctm. Gałęzie zstępujące kości łonowych są od siebie oddalone o 3 ctm., odległość pomiędzy guzami siedzeniowymi wynosi mniej niż 6 ctm., obie panewki biodrowe mocno ku wewnątrz miednicy zaklęsłe, przy mocnym ucisku kości miednicy nieco poddają się, są miękkie. Długość ciała chorej = 137 ctm. Kąt pomiędzy udami, przy największem oddaleniu od siebie, wynosi 49 stopni. Ruchy czynne i bierne są bardzo bolesne, sama nie może się na łóżku poruszyć z boku na bok, tylko leży nieruchomo; już nie ucisk, ale mniej delikatne dotknięcie kości, szczególnie kości miednicy, kręgosłupa i mostka, wywołuje silny ból. Okolica sromu i pośladki wyprzałe z powodu ciągłego ściekania moczu, na kości krzyżowej odleżyna wielkości guldena.

Wejście do pochwy szerokie, pochwa miernie szeroka, na przedniej ścianie pochwy, w odległości 2 ctm. od sklepienia przedniego, przetoka pęcherzowo-pochwowa kształtu podłużnego, wielkości bardzo dużej fasoli, o brzegach napiętych, bliznowatych; macica powiększona, w przodozgięciu. W płucach objawy dość znacznego nieżytu oskrzelowego. Polecono odpowiednią dyetę i fosfor, oprócz tego zaś opatrywanie odleżyny i odpowiednie leczenie wyprysku.

21. Stycznia 1894 r. Odleżyna zgojona, wyprysk prawie zupełnie ustąpił, chora może sama poruszyć się na łóżku.

16. Lutego stan ogólny poprawił się znacznie, apetyt dobry. Ból w kościach znacznie mniejszy, chora siada sama na łóżku, opierając się o poduszki.

18. Marca ból w kościach tylko nieznaczny, wstaje sama z łóżka i, opierając się o sprzęty, chodzi po sali.

17. Kwietnia z powodu ciągłego zażywania bardzo dużych dawek fosforu, wystąpiły przypady żołądkowe; dawkę zmniejszono.

29. Kwietnia przypady żołądkowe ustąpiły zupełnie.

20. Maja regularność skąpa, pierwsza po porodzie. Odżywienie poprawiło się bardzo znacznie, bóle w kościach ustąpiły, chora chodzi bardzo dobrze o własnej sile.

30. Maja, po odpowiedniem przygotowaniu chorej, odświeżono brzegi przetoki pęcherzowo-pochwowej i zeszyto.

8. Czerwca wyjęto szwy, przetoka w całości zgojona, mocz nieco mętny, z powodu nieżytu pęcherzowego, oddaje sama.

17. Czerwca wyszła ze szpitala. Chodzi bardzo dobrze dłuższy czas bez zmęczenia, bóle w kościach ustąpiły zupełnie, tylko przy bardzo silnym ucisku są kości miednicy tkliwe. Odżywienie dobre, apetyt dobry, mocz czysty, nie zawiera białka. Przez ten czas, to jest blisko 6 miesięcy, wyżyła około 1·10 fosforu i 2000·0 tranu. W domu polecono jej żywić się odpowiednio i z przerwami zażywać 3 łyżeczki dziennie rozczynu fosfor. 0·03: 50 tranu; po pewnym czasie zaś przepisano jej słabszy rozczyn.

24. Września przyjechała pokazać się. Chodzi bardzo dobrze, jednak kości miednicy są za uciskiem tkliwe. Polecono w domu zażywać dalej małe dawki fosforu. Do końca r. 1894. wyżyła w domu około 0·50 fosforu i 1100·0 tranu. Razem na oddziale i w domu wyżyła około 1·60 fosforu i 3100·0 tranu. Do Listopada 1895 r. miała się dobrze, w tym czasie doniosła, że kości zaczynają trochę boleć; wobec tego zalecono jej małe dawki fosforu, którego wyżyła około 0·20 i 600·0 tranu. Dopiero po kilku miesiącach przyznała się, że we Wrześniu 1895 r. zastąpiła po raz dziewiąty i przypuszcza, że z tego powodu w Listopadzie zaczęły ją kości znów boleć. Stosując się do udzielonej jej rady, przybyła do Krakowa i została przyjętą na oddział położniczy.

Badanie wykazało, że tylko kości miednicy są przy ucisku nieco bolesne, chodzi bardzo dobrze bez zmęczenia, przyczem nie doznaje żadnych bólów. Wobec tego nie zalecono żadnego leczenia. Z powodu zaś bardzo znacznego stopnia ścieśnienia miednicy, będącego na granicy z bezwzględnem, a następnie z powodu uzasadnionej obawy, aby blizna pooperacyjna przetoki pęcherzowo-pochwowej wśród porodu nie pękła, zaproponowano chorej cięcie cesarskie, na co, pragnąc mieć dziecko żywe, zgodziła się.

Dnia 13. Czerwca 1896 r. wykonano cięcie cesarskie zachowawcze i wydobyto płód żywy, donoszony, płci męzkiej. Matce karmić nie pozwolono, dziecię karmiono po części sztucznie.

Z końcem Lipca 1896 r. wyszła zdrowa do domu wraz ze synem. Przez cały czas pobytu na oddziale nie skarżyła się wcale na jakiekolwiek bóle w kościach, chodziła swobodnie cały dzień, przyczem wyraźnie zaznaczam, że leczenia żadnego nie stosowano.

Według ostatniego doniesienia w Październiku 1896 r. ma się zupełnie dobrze.

4) M. S., lat 37, rzym.-katol., zamężna, z Koszyc wielkich obok Tarnowa, przybyła na oddział dnia 11. Marca 1894 r. Pierwsza regularność w 18. r. życia i odtąd prawidłowo co 4 tygodnie, obfita. Rodziła trzy razy. Pierwszy poród w 32. r. życia, prawidłowy. Podczas ciąży drugiej w 34. r. życia pierwsze bóle w kościach; po porodzie, który miał

być cięższym niż pierwszy, stan się poprawił, chodzić jednak długo nie mogła z powodu bólu w krzyżach i nogach. Karmiła zawsze sama, jednak nie długo.

W 36. r. życia, podczas trzeciej ciąży, stan się znacznie pogorszył tak, że przy końcu ciąży tylko opierając się na kiju, kilka kroków postąpić mogła. Po porodzie, który miał być bardzo ciężkim, (urodziła sama dziecko żywe, które jednak w 4-tym dniu umarło), stan wcale się nie poprawił, od 5-ciu miesięcy zaś nie może się z łóżka ruszyć. W dwa miesiące po porodzie pierwsza regularność i odtąd co 4 tygodnie, bardzo skąpa, powtórzyła się trzy razy, od kilku miesięcy regularności wcale nie ma.

Budowa licha, wychudnienie bardzo znaczne, skóra sucha, łuszcząca się. Oprócz nieżytu oskrzelowego, zmian w narządach wewnętrznych nie wykazano. Kończyny dolne nie obrzękłe. Mocz prawidłowy. Klatka piersiowa beczułkowata, ku przodowi wypuklona, kości udowe szablowato ku wewnątrz wygięte. Wymiary miednicy: D. S.=26 ctm. D. C.=28 ctm. D. T.=25 ctm. Conj. extr. = 19 ctm. Spojenie łonowe mocno wystaje ku przodowi, pomiędzy gałęzie zstępujące kości łonowych palec tylko z trudnością przeprowadzić się daje, odległość pomiędzy guzami siedzeniowymi wynosi $3^1/_2$ ctm., odległość pomiędzy kością ogonową a prawym i lewym guzem siedzeniowym wynosi 4 i $4^1/_2$ ctm. Długość ciała chorej = 145 ctm. Kąt pomiędzy udami przy największem oddaleniu od siebie wynosi 37 stopni. Kości miednicy już przy słabym ucisku są bardzo bolesne, mniej kręgosłup i kości kończyn dolnych, jeszcze mniej mostek, żebra i kości kończyn górnych; kości głowy zaś są bolesne tylko przy silnym ucisku. Ruchy czynne i bierne są bardzo bolesne, chora sama z boku na bok w łóżku poruszyć się nie może. Przy odpowiedniej dyecie polecono fosfor.

8. Kwietnia na łóżku przewraca się sama z boku na bok, a nawet próbuje siadać, wsparta o poduszki.

10. Maja odżywienie poprawiło się znacznie, apetyt dobry; kości przy ucisku są mniej bolesne, chora wstaje z łóżka i, opierając się na kiju, próbuje chodzić.

16. Czerwca chodzi sama bez pomocy, kości przy ucisku tylko nieco tkliwe.

28. Lipca wyszła do domu na własne żądanie. Chodzi bardzo dobrze, pochylona nieco ku przodowi, bólu w kościach nie doznaje żadnego, tylko kości miednicy są przy ucisku tkliwe. Odżywienie dobre, apetyt dobry. Leczenie znosiła bardzo dobrze, pomimo zażywania bardzo wielkich dawek fosforu przypadów żołądkowych nie miała. Przez $4^1/_2$ miesiące wyżyła około 0·65 fosforu i 1200·0 tranu.

3. Lutego 1895 r. zgłosiła się ponownie na oddział, skarżąc się na silniejsze bóle w kościach; w domu złe odżywienie, głód, zimno i wilgoć. W dwa miesiące po wyjściu z oddziału dostała regularności, która odtąd powtarza się co 4 tygodnie prawidłowo, dość obfita.

Badanie wykazało znaczną bolesność przy silniejszym ucisku na kość krzyżową i spojenie łonowe, chora jednak chodzi dobrze i dość długo bez zmęczenia. Podano fosfor zaraz w większej dawce.

14. Marca wyszła ze szpitala na własne żądanie. Chodzi dobrze, przy bardzo silnym ucisku kość krzyżowa i spojenie łonowe jest nieco tkliwe.

Wyżyła przez $1^1/_2$ miesiąca około 0·20 fosforu i 400·0 tranu; — razem wyżyła około 0·85 fosforu i 1600·0 tranu. W zimie w Grudniu 1895 roku wystąpiły na nowo większe bóle w kościach. W domu chorej bieda, nie miała co jeść, zimno, wilgoć.

W Marcu 1896 r. przyjechała do Krakowa, chodzi dobrze, jednak przy ucisku kości miednicy są bolesne. Została przyjętą na klinikę chorób wewnętrznych, gdzie była leczoną do końca Maja 1896 r.

W Październiku 1896 r. doniosła, że czuje małe bóle w kościach i schylać się nie może; chodzi jednak dobrze, swobodnie.

5) D. F., lat 37, izraelitka, zamężna, z Dąbrówki koło Kolbuszowy, przybyła na oddział dnia 4. Czerwca 1894 r. Pierwsza regularność w 15. r. życia i odtąd zawsze prawidłowa. Rodziła razy cztery. Pierwszy poród w 29. r. życia, drugi w $30^1/_2$ — prawidłowe. Pierwsze bóle w kościach pojawiły się w drugiej połowie trzeciej ciąży, w 32. r. życia; przy końcu ciąży mogła chodzić tylko z trudnością; po porodzie, który się odbył prawidłowo, stan nie wiele się polepszył tak, że tylko opierając się na kiju, — chodzić mogła. Przed dwoma laty, to jest w 34. r. życia, zastąpiła po raz czwarty; podczas ciąży stan chorej coraz bardziej się pogarszał. Po porodzie, który odbył się siłami przyrody, stan jej nie polepszał się wcale, lecz pogarszał tak, że obecnie od ośmiu miesięcy z łóżka ruszyć się nie może. Karmiła zawsze sama. Regularność podczas choroby zawsze prawidłowa, ostatnia przed kilku dniami.

Budowa licha, odżywienie podupadłe, podściółka tłuszczowa zanikła, skóra sucha. Postać chorej zgarbiona, *kyphoscoliosis dextra* znacznego stopnia, klatka piersiowa wypuklona znacznie ku przodowi Wymiary miednicy: D. S. = 24 ctm. D. C. = $22^1/_2$ ctm. D. T. = 23 ctm. Conj. extr. = $15^1/_2$ ctm. Lewa połowa miednicy jest nieco więcej płaską niż prawa, spojenie łonowe ku przodowi wystające, gałęzie zstępujące kości łonowych są do siebie zbliżone na 6—8 milimetrów; ku dołowi kości siedzeniowe biegną więcej na zewnątrz, obie panewki biodrowe wpuklone mocno ku wewnątrz, — kości miednicy przy ucisku poddają się łatwo, są miękkie tak, że n. p. przestrzeń pomiędzy obiema gałęziami wstępującemi kości siedzeniowych prawie dwukrotnie powiększyć można. Długość ciała chorej = $134^1/_2$ ctm. Kąt pomiędzy udami przy największem oddaleniu od siebie wynosi 35 stopni. Kości miednicy przy ucisku są bardzo bolesne, kręgosłup i kości udowe znacznie mniej, kości podudzia, mostek i żebra jeszcze mniej, a obojczyk i kości kończyn górnych są najmniej bolesne. Ruchy czynne i bierne bolesne, na łóżku jednak dość swobodnie się porusza i siada. Polecono fosfor i odpowiednią dyetę.

8. Lipca bóle w kościach mniejsze, chora staje przy łóżku o własnej sile.

8. Sierpnia próbuje chodzić po sali.

9. Września chodzi dobrze o własnej sile zgarbiona i pochylona ku przodowi.

6. Października wyszła ze szpitala. Odżywienie poprawiło się bardzo znacznie, apetyt dobry, przypadów żołądkowych nie miała żadnych. Chodzić może z przerwami przez cały dzień, tylko po bardzo długiem chodzeniu doznaje bólu w krzyżach. Zresztą czuje się zdrową, a nawet zdolną do roboty. Kości miednicy nie są tak podatne i miękkie jak przedtem, przy silnym ucisku kość krzyżowa jest bolesna. Przez cały czas pobytu na oddziale, regularności nie miała. Przez 4 miesiące wyżyła około 0·50 fosforu i 1100·0 tranu.

Do Listopada 1895 r., t. j. przeszło rok, była zdrową. W Listopadzie wystąpiły napowrót bóle w kościach, w Marcu zaś 1896 roku chodzić mogła tylko z trudnością. W Maju 1896 r. przyjechała do Krakowa, gdzie została przyjętą na klinikę. W Czerwcu 1896 r. wykonano u chorej kastracyę, poczem bóle w kościach zmniejszyły się znacznie, chodzić jednak nie mogła.

Dnia 27. Lipca 1896 r. wypuszczono chorą do domu. Chodzić może tylko z trudnością, opierając się na kiju, nieco tylko lepiej, aniżeli przed kastracyą i twierdzi stanowczo, że po operacyi ani o połowę nie jest jej tak dobrze, jak wtedy, gdy przed dwoma laty była leczoną na oddziale lekami — (fosforem).

Według ostatniej wiadomości w Październiku 1896 r. chodzić sama o własnej sile nie może, bóle w krzyżach i nogach nie ustąpiły, lecz są takie same jak zaraz po wykonaniu trzebienia.

6) M. K., lat 35, rz.-katol., zamężna, z Mogilan, pow. myślenickiego, przybyła na oddział d. 14. Czerwca 1894 r. Pierwsza regularność w 16. r. życia i odtąd zawsze prawi-

dłowa. Pierwszy poród w 21. r. życia, drugi w 23, trzeci w 25, czwarty w $26^1/_2$ — wszystkie prawidłowo. Piąty raz urodziła w 28. r. życia dziecko nieżywe, po porodzie leżała 4 miesiące. Szósty poród w $29^1/_2$ r. życia prawidłowy, w połogu leżała przez czas dłuższy, kości miały ją nie boleć, tylko miała bóle dołem w brzuchu. Pierwsze bóle w kościach wystąpiły w pół roku po 6-tym porodzie. W $30^1/_2$ r. życia zaszła po raz siódmy. Podczas ciąży stan jej stopniowo się pogarszał tak, że przy końcu ciąży, tylko opierając się na kiju, z trudnością chodzić mogła. Poród miał być nie ciężki, urodziła dziecko żywe. Karmiła zawsze sama. W trzy tygodnie po siódmym porodzie, w Grudniu 1890 r. zgłosiła się i została przyjętą na oddział ginekologiczny, wyszła jednak za kilka dni, nie chcąc się zgodzić na kastracyę. Po kilku jednak miesiącach, gdy z powodu silnych bólów wcale już chodzić nie mogła, zgłosiła się i została przyjętą na klinikę położn.-ginekol., gdzie w r. 1891. wykonano kastracyę. Po operacyi nastąpiło znaczne polepszenie, bóle w kościach ustąpiły prawie zupełnie, chodzić mogła o własnej sile, jednak nie długo. Przez dwa lata miała się dobrze. W r. 1893. zaczęły ją na nowe kości boleć stopniowo coraz więcej tak, że obecnie już od roku, tylko opierając się na kiju, z trudnością chodzić może.

Budowa i odżywienie bardzo liche, postać cała mocno przygarbiona, znaczniejszego zniekształcenia klatki piersiowej nie ma. Wymiary miednicy: D. S. = 27 ctm. D. C. = 28 ctm. D. T. = $16^1/_2$ ctm. Conj. extr. = $17^1/_2$ ctm. Spojenie łonowe wystaje mocno ku przodowi, gałęzie zstępujące kości łonowych i wstępujące kości siedzeniowych, biegną prawie równolegle do siebie, ku dołowi nawet nieco się zbliżają tak, że odległość w miejscu najwęższem wynosi 4—5 milimetr.; palcem, wprowadzonym do tej szczeliny, czuć dobrze, że kości te dadzą się od siebie z łatwością oddalić, czyli, że kości te są podatne, miękkie. Obie panewki biodrowe sterczą mocno ku wewnątrz miednicy, odległość pomiędzy oboma guzami siedzeniowymi wynosi 3 ctm. Długość ciała = 138 ctm. Kąt pomiędzy udami, przy największem oddaleniu od siebie wynosi 37 stopni. Przy ucisku kości głowy nie są bolesne, kości kończyn górnych, żebra, mostek i kręgosłup nie bardzo, kości miednicy zaś, a szczególniej kość krzyżowa i spojenie łonowe, są bardzo bolesne. Opierając się na kiju i o sprzęty chora chodzi trochę, czuje jednak silne bóle w kościach miednicy i w krzyżach. Polecono fosfor i odpowiednią dyetę.

5. Sierpnia chodzi dobrze o własnej sile, bóle jednak w krzyżach i miednicy utrzymują się.

10. Września; od kilku dni skarży się chora na bóle w dołku podsercowym i nudności, brak apetytu. Dawkę fosforu zmniejszono.

21. Października chodzi dobrze, bóle w kościach nieznaczne. Ponieważ przypady żołądkowe od dłuższego czasu ustąpiły, przeto podano fosfor w większych dawkach.

5. Grudnia odżywienie dobre, apetyt dobry, chodzi prawie cały dzień, nie doznając bólu.

7. Marca 1895 r. wyszła ze szpitala. Odżywienie dobre, apetyt dobry, chodzi swobodnie bez zmęczenia. Przy silnym ucisku tylko kość krzyżowa tkliwa.

Przez $8^1/_2$ miesięcy wyżyła około 1·10 fosforu i 2100·0 tranu.

Dnia 17. Marca 1896 r. przyszła pokazać się. Chodzi dobrze, wszystkie roboty domowe wykonuje, nawet przy żniwie przeszłego roku była czynną. Kości miednicy twarde, niepodatne, przy silnym ucisku kość krzyżowa i spojenie łonowe nieco bolesne.

Dnia 14. Lipca 1896 roku donosi listownie, że się ma zupełnie dobrze.

W Październiku 1896 r. doniosła, że się ma zupełnie dobrze i jest ciągle zajętą przy gospodarstwie

7) R. K., lat 53, izraelitka, zamężna, z Krowicy obok Lubaczowa, przybyła na oddział dnia 17. Lipca 1894 roku. Pierwsza regularność w 18. r. życia i odtąd zawsze prawidłowa. Rodziła razy cztery. Pierwszy poród w 25, drugi w 28. r. życia prawidłowe. Pierwsze bóle w kościach wystąpiły w ciąży trzeciej w 30. r. życia; po porodzie prawidłowym stan nieco się poprawił. Czwarty poród przed rokiem, t. j. w 32. roku życia, prawidłowy. Podczas ciąży czwartej bóle w kościach wzmogły się tak, że z końcem ciąży mogła tylko, opierając się na kiju, chodzić, po większej części zaś leżała; stan ten po porodzie nie poprawił się, a od kilku miesięcy zaś widocznie się pogorszył. Karmiła zawsze sama.

Budowa i odżywienie liche, postać chorej przygarbiona, *kyphoscoliosis dextra* dość znaczna i odpowiednia *lordosis*. Wymiary miednicy: D. S. = 23 ctm. D. C. = 26 ctm. D. T. = 25 ctm. Conj. extr. = 17 ctm. Spojenie łonowe wystaje mocno ku przodowi, odległość pomiędzy gałęziami zstępującemi kości łonowych wynosi $2^1/_2$ ctm., odległość pomiędzy oboma guzami siedzeniowymi = 7 ctm., panewki biodrowe nieco wpuklone ku wewnątrz miednicy, przy ucisku kości nie poddają się, nie są miękkie. Długość ciała chorej = $137^1/_2$ ctm. Kąt pomiędzy udami, przy największem oddaleniu od siebie, wynosi 50 stopni. Przy ucisku kości, głowy, górna część kręgosłupa i kości kończyn górnych nie są bolesne; żebra, mostek i kości kończyn dolnych miernie, kości miednicy zaś są bardzo bolesne. Ruchy czynne i bierne kończyn dolnych są bolesne, opierając się na kiju, chora kilka kroków z trudnością może postąpić. Obok odpowiedniej dyety polecono fosfor.

30. Sierpnia chodzi po sali o własnej sile, bóle w kościach znacznie mniejsze.

30. Września odżywienie znacznie lepsze, apetyt dobry, chodzi bardzo dobrze, bólów w kościach nie ma.

30. Października opuściła szpital. Tylko przy prędkiem i długiem chodzeniu czuje mały ból w krzyżach. Silny ucisk na kość krzyżową i spojenie łonowe jest tkliwym.

Przez $3^1/_2$ miesiąca wyżyła około 0·45 fosforu i 1000·0 tranu.

Przypadów żołądkowych nie miała. Regularność skąpa bez bólów co 6—7 tygodni.

W domu polecono jej zażywać z przerwami małe dawki fosforu. W roku 1894. wyżyła w domu około 0·20 fosforu i 5000·0 tranu.

W zimie z końcem roku 1895. pojawiły się małe bóle w kościach, dlatego polecono chorej dalej fosfor i w ciągu kilku miesięcy wyżyła 0·30 fosforu i 8000·0 tranu.

Razem w szpitalu i w domu wyżyła około 1·00 fosforu i 2300·0 tranu.

Według wiadomości listownej z Lipca 1896 r. chora ma się dobrze, chodzi dobrze, bóle w kościach ustąpiły.

W Październiku 1896 r. doniosła, że się ma zupełnie dobrze.

8) R. R., lat 34, izraelitka, zamężna z Rybotycz koło Dobromila, przybyła na oddział dnia 18. Lipca 1894 roku. Pierwsza regularność w 18. r. życia i odtąd co 4 tygodnie obfita bez bólów. Pierwszy poród w 20, drugi w $21^1/_2$, trzeci w 29, czwarty w $30^1/_2$ r. życia, prawidłowe. Pierwsze bóle w kościach, a zwłaszcza w krzyżach i nogach, wystąpiły podczas czwartej ciąży. W 32. roku życia ciąża piąta, bóle w kościach wzmogły się znacznie, przy końcu ciąży zaś wcale już chodzić nie mogła. Poród miał być bardzo ciężki, urodziła jednak sama dziecko żywe. Po porodzie stan się nieco poprawił, chodzić jednak nie może i tylko, opierając się o sprzęty, jest w stanie kilka kroków postąpić. Karmiła zawsze sama.

Budowa licha, podściółka tłuszczowa zanikła, *kyphoscoliosis sinistra* znaczna, klatka piersiowa wypuklona znacznie ku przodowi. Wymiary miednicy: D. S. = 20 ctm. D. C. = 24 ctm. D. T. = $22^1/_2$ ctm. Conj. ext. = 16 ctm. Miednica charakterystycznie dziubowata, odległość pomiędzy gałęziami zstępującemi kości łonowych i wstępującemi kości siedzeniowych 2 ctm., odległość pomiędzy oboma guzami siedzeniowymi = $6^1/_2$ ctm., panewki biodrowe sterczą ku wewnątrz miednicy. Kości przy ucisku nie są podatne. Długość ciała

chorej = 133 ctm. Kąt pomiędzy udami przy największem oddaleniu od siebie wynosi 44 stopnie. Najwięcej bolesne przy ucisku są kości miednicy, a szczególniej kość krzyżowa, mniej kręgosłup, kości kończyn dolnych i mostek, najmniej żebra i kości kończyn górnych. Chodzić nie może, tylko opierając się na kiju jest w stanie kilka kroków postąpić. Regularność co 4 tygodnie dość obfita. Polecono fosfor i odpowiednią dyetę.

16. Września odżywienie lepsze, bóle w kościach znacznie mniejsze, chodzi opierając się trochę na kiju.

21. Października chodzi sama o własnej sile, tylko po dłuższem chodzeniu występują bóle w krzyżach.

28. Grudnia wyszła do domu. Chodzi dobrze i dość długo bez zmęczenia, kości przy ucisku nie są bolesne, tylko kość krzyżowa jest nieco tkliwą. Odżywienie poprawiło się znacznie, apetyt dobry, przypadów żołądkowych nie miała żadnych. Regularność co 4 tygodnie skąpa.

Przez $4^1/_2$ miesiące wyżyła około 0·60 fosforu i 1300·0 tranu.

W domu polecono jej zażywać przez czas dłuższy fosfor z przerwami i, w przeciągu kilku miesięcy, wyżyła około 0·30 fosforu i 750·0 tranu.

Razem podczas pobytu na oddziale i w domu wyżyła około 0·90 fosforu i 2050·0 tranu.

W Listopadzie 1895 roku doniosła, że się ma dobrze. Według ostatniej wiadomości z Czerwca 1896 r. ma się zupełnie dobrze, chodzi i zajmuje się lekką robotą w domu, bólu w kościach nie ma.

W Październiku 1896 r. doniosła, że od trzech miesięcy nie ma regularności, że prawdopodobnie jest w ciąży i że czuje małe bóle w krzyżach i biodrach; chodzi jednak dobrze.

9) K. L., l. 39. rz.-kat., zamężna z Rybotycz koło Dobromila, przybyła na oddział dnia 15. Grudnia 1894 roku. Pierwsza regularność w 17-tym r. życia i odtąd zawsze prawidłowa. Pierwszy poród w $17^1/_2$, drugi w 19, trzeci w 23, czwarty w 25 r. życia, wszystkie miały być ciężkie, rodziła jednak same dzieci żywe. Piąty poród w 27 r. życia prawidłowy; w połogu była bardzo osłabioną i doznawała silnego bólu w stawie biodrowym prawym. Karmiła zawsze sama. W dwa do trzech miesięcy po porodzie wystąpiły bóle w kościach i to najpierw w klatce piersiowej, a następnie w miednicy, przyczem zauważyła, że maleje i chodzić nie może tak jak dawniej. Przez 7 lat leczyła się w domu bez skutku różnymi środkami, jakie jej doradzano; zawsze w lecie czuła się zdrowszą, w zimie zaś zawsze następowało pogorszenie. W r. 1890 była leczoną w Krakowie na oddziele chorób wewnętrznych, również bez skutku. W Marcu 1894 r., gdy ani chodzić, ani też w łóżku swobodnie poruszać się nie mogła, udała się na klinikę położ.-ginekol. w Krakowie, gdzie wykanano kastracyę. Po operacyi czuła się znacznie lepiej, bóle w kościach prawie zupełnie ustąpiły, a nawet powoli mogła chodzić. Po kilku miesiącach jednak zauważyła, że stan jej na nowo się pogorszył, bóle w kościach wzmogły się, chodzić mogła coraz mniej i, z tego powodu, zgłosiła się na oddział.

Budowa licha, odżywienie dość dobre, klatka piersiowa bardzo znacznie ku przodowi wypuklona, dolne żebra schodzą się prawie z łopatkami biodrowemi. Wymiary miednicy: D. S. = 23 ctm., D. C = 27 ctm., D. F. = 28 ctm., Conj. extr. = 19 ctm. Spojenie łonowe wystaje mocno ku przodowi, gałęzie zstępujące kości łonowych biegną prawie równolegle do siebie w odległości 1 ctm., odległość pomiędzy guzami siedzeniowymi wynosi 2 ctm., panewki biodrowe mocno ku wewnątrz zaklęśnięte. Przy ucisku kości nie poddają się, są twarde. Długość ciała chorej = 137 ctm.; kąt pomiędzy udami, przy największem oddaleniu od siebie, wynosi 34 stopni. Bolesne przy ucisku są kości miednicy, kręgosłupa i obojczyków. Chodzi bardzo powoli, przyczem męczy się szybko, chód charakterystyczny kaczy. Polecono odpowiednią dyetę i fosfor.

17. Lutego 1895 r., odżywienie lepsze, apetyt dobry, bóle w kościach ustąpiły zupełnie; chodzi znacznie lepiej.

13. Kwietnia, chodzi dobrze cały dzień swobodnie; tylko czasem, a zwłaszcza po dłuższem chodzeniu, skarży się na mały ból w krzyżach.

23. Czerwca opuściła szpital. Odżywienie dobre, apetyt dobry, bólu w kościach nie ma żadnego, przy ucisku kości nie są bolesne, chodzi bardzo dobrze. Przypadów żołądkowych nie miała. Przez 6 miesięcy wyżyła około 0·70 fosforu i 1700 tranu.

W Grudniu 1895 r. doniosła, że się ma zupełnie dobrze.

Według wiadomości listownej z Czerwca 1896 r. ma się dobrze i zajmuje się robotą przy gospodarstwie domowem.

W Październiku 1896 r. doniosła, że się ma zupełnie dobrze.

10) A. F. l. 35, izrael., zamężna, ze Sokolik powiatu tureckiego, przybyła na oddział dnia 1. Lutego 1895 r. Pierwsza regularność w 18 r. życia i odtąd zawsze prawidłowa. Pierwszy poród w 21, drugi w 23, trzeci w 26 r. życia prawidłowe. Karmiła sama.

Pierwsze bóle w kościach, a mianowicie w krzyżach i miednicy, wystąpiły podczas ciąży trzeciej; po porodzie stan nie poprawił się wcale, wystąpiły bóle w kościach klatki piersiowej, kręgosłupa i kończyn stopniowo coraz większe tak, że od dwu lat wcale nie może chodzić. Regularność zawsze co 4 tygodnie, skąpa.

Budowa b. licha, wynędznienie b. znaczne, klatka piersiowa zniekształcona, lewy obojczyk zgięty w środku prawie pod kątem prostym ku górze i na zewnątrz, mostek w górze zapadły, w środku znacznie ku przodowi i ku górze wystaje, *kyphoscoliosis dextra* b. znaczna. Brzuch obwisły, w postawie stojącej ku dołowi wypuklony w kształcie stożka, którego wierzchołek tworzy pępek owrzodziały, a znajdujący się 5 do 8 ctm. poniżej szpary sromowej. W płucach objawy nieżytu oskrzelowego, b. znacznego stopnia. Kończyny dolne nieco obrzękłe; w moczu białka nie ma. Na kości krzyżowej odleżyna wielkości małej dłoni. Wymiary miednicy: D. S. = 23 ctm., D. C. = 21 ctm., D. T. = = 22 ctm., Conj. extr. = 16 ctm. Spojenie łonowe wystaje mocno ku przodowi, gałęzie zstępujące kości łonowych biegną w odległości 2 ctm. od siebie, odległość pomiędzy guzami siedzeniowymi wynosi 3 ctm.; obie panewki biodrowe są bardzo mocno wypuklone ku wewnątrz tak, że odległość pomiędzy niemi wynosi około $4^1/_2$ ctm. Przy ucisku kości są nieco podatne. Długość ciała chorej = 121 ctm. Kąt pomiędzy udami, przy największem oddaleniu od siebie, wynosi 29 stopni. Z wyjątkiem kości głowy wszystkie kości już przy dotknięciu są bardzo bolesne, w łóżku z boku na bok sama obrócić się nie jest w stanie, nawet karmić chorą trzeba, gdyż z powodu bólów rękami poruszać nie może.

Chcąc się przekonać, czy lepsze warunki zdrowotne nie wpłyną dodatnio na ustrój, zalecono możliwie pożywną dyetę i staranną opiekę. Po miesiącu jednak pokazało się, że stan się nie zmienił zupełnie, chora skarżyła się nawet, że kości ją co raz więcej bolą.

W obec tego podawano następnie chorej przez 17 dni chloral po 6 do 8 grm. dziennie, również bez najmniejszego skutku, a wreszcie zastósowano dość głęboką jednogodzinną narkozę chloroformową. Chora osłabła jeszcze więcej i stanowczo twierdziła, że jest jej coraz gorzej.

20. Marca zalecono fosfor.

4. Maja porusza się, a nawet próbuje sama siadać na łóżku, bóle w kościach znacznie mniejsze. Odleżyna na kości krzyżowej zgojona zupełnie.

26. Czerwca wstaje z łóżka i, opierając się o sprzęty, próbuje chodzić.

13. Lipca, chodzi sama o własnej sile.

10. Sierpnia, chodzi dobrze nawet po schodach i przechadza się po ogrodzie.

17 Września opuściła szpital. Odżywienie dość dobre, apetyt dobry. Chodzi bardzo dobrze, bólu w kościach nie ma, tylko przy bardzo silnym ucisku jest kość krzyżowa nieco bolesna; przy ucisku kości nie poddają się. Przypadów żołądkowych nie miała.

Przez cały czas pobytu na oddziale regularności nie miała.

Przez 6 miesięcy wyżyła około 0·69 fosforu i 1600·0 tranu.

Według wiadomości otrzymanej w Kwietniu 1896 r. ma się dobrze, chodzi i zajmuje się lekką robotą w domu.

11) S. L., lat 39, izraelitka, zamężna, z Poronina pow. nowotargskiego, przybyła na oddział d. 11. września 1895 r. Pierwsza regularność w 20. r. życia i odtąd co 4 tygodnie, obfita. Pierwszy poród w 26, drugi w $27^1/_2$, trzeci w 29, czwarty w $30^1/_2$ r. życia, wszystkie prawidłowe. Pierwsze bóle w kościach wystąpiły w połowie ciąży czwartej; po porodzie stan się nieco poprawił. Piąty raz zastąpiła w 32 roku życia; podczas ciąży bóle w kościach wzmogły się tak, że przy końcu ciąży, tylko opierając się na kiju, chodzić mogła. Poród prawidłowy, po porodzie stan się znacznie polepszył. Szósty poród w 33. r. życia prawidłowy. Podczas ciąży tej stan chorej tak się pogorszył, że w drugiej połowie ciąży nie mogła z łóżka wstać; po porodzie jednak stan jej o tyle się polepszył, że przy pomocy laski mogła kilka kroków postąpić. Pomimo kąpieli słonych, przez czas dłuższy w domu stósowanych, stan chorej coraz bardziej się pogarszał, i z tego powodu zgłosiła się w r. 1892 do kliniki położn.-ginek. w Krakowie, gdzie przez kilka miesięcy leczoną była fosforem (b. małe dawki) z wynikiem b. dobrym, gdyż bóle w kościach zmniejszyły się znacznie, a chora mogła sama o własnej sile chodzić. Polepszenie to jednak trwało tylko pół roku, poczem bóle w kościach wzmogły się, stan coraz bardziej się pogarszał, tak, że od roku z łóżka wstać nie może, a od kilku miesięcy nawet z boku na bok na łóżku poruszyć się nie jest w stanie. Karmiła zawsze sama długo. Regularność w ostatnich latach nie tak obfita jak dawniej.

Budowa licha i odżywienie liche, cała postać zgarbiona. Klatka piersiowa ku przodowi mocno wypuklona, *kyphoscoliosis dextra*, obojczyk prawy esowato więcej niż lewy zgięty ku tyłowi, dolne żebra dotykają prawie do łopatek biodrowych, brzuch obwisły. Wymiary miednicy: D. S. = 22 ctm. D. C. = $22^1/_2$ ctm. D. F. = 23 ctm. Conj. extr. = 17 ctm. Spojenie łonowe wystaje ku przodowi, gałęzie zstępujące kości łonowych i wstępujące kości siedzeniowych są tak do siebie zbliżone, że pomiędzy niemi zaledwie koniec palca przeprowadzić się daje, odległość pomiędzy guzami siedzeniowymi wynosi 8 milimetrów, przy ucisku kości te odchylają się więcej od siebie, są miękkie, podatne; obie panewki biodrowe są mocno ku wewnątrz miednicy wpuklone. Długość ciała chorej = 134 ctm., kąt pomiędzy udami, przy największem oddaleniu od siebie, wynosi 33 stopnie. Przy ucisku, a nawet przy dotknięciu, są wszystkie kości bolesne, najmniej kości głowy, najwięcej miednicy. W płucach objawy nieżytu oskrzelowego. Kończyny dolne nieco obrzękłe, mocz prawidłowy. Ruchy czynne i bierne są b. bolesne, skutkiem czego chora leży nieruchomo na łóżku, obawiając się każdego poruszenia.. Polecono fosfor obok odpowiedniej dyety.

Z powodu, że w przypadku tym podatność kości była b. znaczna, a zniekształcenie klatki piersiowej i kręgosłupa wielkie, próbowano za radą Seeligmanna [45]) założyć przyrząd wyciągający (ekstenzyjny), aby chociaż w części starać się wyrównać i wyprostować kościec. Pomimo że na noc usuwano ciężarki, chora nie znosiła wyciągania z powodu bardzo silnych bólów i dlatego, po kilkotygodniowej próbie, usunięto przyrząd.

20. Października bóle w kościach mniejsze, chora siada na łóżku.

16. Grudnia odżywienie nieco lepsze, apetyt dobry. Chora próbuje chodzić, opierając się na kiju.

1. Marca 1896 r., bóle w kościach ustąpiły zupełnie, przy silnym ucisku bolesność się jednak utrzymuje, chodzi dobrze o własnej sile.

3. Maja chodzi swobodnie, po schodach, zchodzi do ogrodu na przechadzkę.

28. Czerwca opuściła szpital. Odżywienie dość dobre, apetyt dobry. Chodzi cały dzień swobodnie. Przy silnym ucisku tylko kość krzyżowa jest nieco tkliwa. Nawet przy silnym ucisku kości nie poddają się, są znacznie twardsze aniżeli przedtem. Przypadów żołądkowych nie miała.

Przez $9^1/_2$ miesięcy wyżyła około 1·20 fosforu i 2600·0 tranu.

W Październiku 1896 r. doniosła, że się ma zupełnie dobrze.

12) B. K., lat 27, rz.-kat., zamężna, ze Spytkowic koło Zatora, przybyła na oddział dnia 7. grudnia 1895 r. Pierwsza regularność w 17. r. życia i odtąd zawsze prawidłowa. Pierwszy poród w 21. r. życia prawidłowy, karmiła dwa lata. Drugi poród w 23 r. życia prawidłowy, dziecko umarło po 3 tygodniach. Pierwsze bóle w kościach wystąpiły podczas drugiej ciąży, po porodzie bóle znacznie się zmniejszyły. Trzeci poród w 26. r. życia b. ciężki, dziecko umarło wkrótce po porodzie. Podczas ciąży trzeciej bóle w kościach wystąpiły b. znaczne tak, że przy końcu tylko z trudnością, opierając się na kiju, kilka kroków postąpić mogła; po porodzie stan wcale się nie poprawił.

Budowa licha, odżywienie dość dobre, cała postać przygarbiona i przegięta nieco ku przodowi. Klatka piersiowa nie przedstawia znaczniejszych zmian. Wymiary miednicy: D. S. = 25 ctm. D. C. = 26 ctm. D. F. = 28 ctm. Conj. extr. = 18 ctm. Miednica charakterystycznie zniekształcona, odległość pomiędzy gałęziami zstępującemi kości łonowych 3 ctm., odległość pomiędzy guzami siedzeniowymi = 4 ctm., obie panewki biodrowe wpuklone mocno ku wewnątrz. Kości przy ucisku nie poddają się. Długość ciała chorej = 138 ctm. kąt pomiędzy udami przy największem oddaleniu od siebie wynosi 42 stopni. Najwięcej bolesne przy ucisku są kości miednicy i kręgi lędźwiowe, mniej kości kończyn dolnych, jeszcze mniej mostek, obojczyki i żebra, kości kończyn górnych i głowy są nie bolesne. Chodzić nie może tylko, opierając się o sprzęty, postępuje kilka kroków z trudnością. Obok odpowiedniej dyety polecono fosfor,

23. Stycznia 1896 r., bóle w kościach znacznie mniejsze, również przy ucisku kości są mniej bolesne.

11. Marca chodzi sama o własnej sile. Z powodu pojawienia się przypadów żołądkowych dawkę fosforu zmniejszono.

20. Marca przypady żołądkowe ustąpiły, apetyt dobry. Bóle w kościach ustąpiły zupełnie.

25. Maja opuściła szpital. Odżywienie dobre, apetyt dobry, chodzi dobrze i dość długo bez zmęczenia. Przy ucisku kości nie są bolesne, tylko przy bardzo silnym ucisku kości miednicy są nieco tkliwe.

Przez $5^1/_2$ miesiąca spożyła około 0·70 fosforu i 1600·0 tranu.

W Październiku 1896 r. doniosła, że się ma dobrze.

13) P. H., lat 40. izraelitka, zamężna, z Łomny koło Turki, przybyła na oddział dnia 9. grudnia 1895 r. Pierwsza regularność w 15 r. życia i odtąd zawsze prawidłowa, w ostatnich czasach b. obfita. Pierwszy poród w 23, drugi w 26, trzeci w 29, czwarty w 31 r. życia, wszystkie prawidłowe. Karmiła zawsze sama b. długo, bo przeszło rok do dwu lat. Pierwsze bóle w kościach wystąpiły w czasie ciąży piątej w 33. r. życia; poród był cięższy niż poprzednie, dziecko umarło po kilku miesiącach. W 35. r. życia ciąża szósta, bóle w kościach wystąpiły silniejsze, poród ciężki, urodziła płód niedonoszony, nieżywy. W 37. r. życia siódmy poród ciężki, urodziła płód niedonoszony, nieżywy. Podczas ciąży ósmej w 39 r. życia bóle w kościach wzmogły się tak, że tylko z trudnością chodzić mogła, opierając się na kiju; poród był bardzo ciężki, urodziła jednak sama płód niedo-

noszony, nieżywy. Po porodzie stan się wcale nie poprawił, lecz stopniowo się pogarszał tak, że obecnie już od 6-ciu miesięcy zmuszona jest ciągle leżeć w łóżku.

Budowa licha, odżywienie bardzo liche, klatka piersiowa zniekształcona, mostek w środku załamany w głąb, dolna część mostka zaś wystercza mocno ku przodowi, *kyphoscoliosis sinistra;* brzuch obwisły, wypuklony znacznie ku dołowi w postaci stożka, dolne żebra zachodzą na łopatki biodrowe. Wymiary miednicy: D. S. = 22 ctm. D. C. = 23 ctm. D. T. = $23^1/_2$ ctm. Conj. extr. = $18^1/_2$ ctm. Spojenie łonowe wystercza mocno w kształcie dziuba, gałęzie zstępujące kości łonowych są od siebie oddalone o $1^1/_2$ ctm., odległość pomiędzy guzami siedzeniowymi wynosi 3 ctm., obie panewki biodrowe są mocno wpuklone ku wewnątrz miednicy. Przy ucisku kości poddają się nieco. Długość ciała chorej = 136 ctm. Kąt pomiędzy udami przy największem oddaleniu od siebie wynosi 30 stopni. Przy ucisku kości miednicy i kręgosłup są bardzo bolesne, mniej kości kończyn dolnych, mostek, żebra i obojczyki. Chodzić nie może, tylko na łóżku zmieniać może pozycyę o własnej sile. Polecono fosfor i odpowiednią dyetę.

1. Lutego 1896 r., bóle w kościach znacznie mniejsze, chora próbuje stać przy łóżku.

14. Marca odżywienie znacznie lepsze, chodzi, opierając się na kiju.

29. Kwietnia bóle w kościach ustąpiły zupełnie, chodzi sama o własnej sile.

30. Czerwca opuściła szpital. Odżywienie dość dobre, apetyt dobry. Chodzi dobrze i długo bez zmęczenia, przy ucisku tylko kość krzyżowa jest nieco bolesna.

Przez blisko 7 miesięcy wyżyła około 0·68 fosforu i 1650·0 tranu.

Leczenia nie znosiła dobrze, gdyż od czasu do czasu występowały przypady żołądkowe, z powodu czego dawkę fosforu zmniejszano, a nawet parę razy na kilka dni zupełnie fosfor odstawić musiano. Z początku pobytu na oddziale miała dwa razy regularność b. obfitą, potem prawidłową.

Według doniesienia w Październiku 1896 roku ma się dobrze.

Oprócz tych leczono na oddziale w ostatnich miesiącach jeszcze kilka przypadków rozmiękczenia kości przez podawanie fosforu z bardzo dobrym skutkiem.

(Dokończenie nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

Handbuch der öst. Sanitätsgesetze und Verordnungen. V. Teil von Dr. Josef Daimer k. k. Sectionsrath im Ministerium des Innern. Leipzig & Wien 1896. Octavo, str. 687.

W dziele tem zestawił autor systematycznie: 1) przepisy sanitarne, ważne dla wszystkich krajów w Radzie państwa reprezentowanych; 2) przepisy wydane w drodze ustawodawstwa krajowego dla poszczególnych krajów koronnych; 3) nadto rozporządzenia władz politycznych krajowych, uzupełniające, — stósownie do miejscowych stósunków, — przepisy ogólne.

Ustawy i rozporządzenia podane są przeważnie w dosłownem brzmieniu, przepisy zaś uzupełniające i objaśniające, albo te, które obecnie mają tylko historyczne znaczenie, są dodane drobnym drukiem w tekscie lub w „uwagach“. Nie zaniedbał też autor przytoczyć cennych w wielu przypadkach orzeczeń Trybunału administracyjnego.

Cały materyał podzielony na 2 części: pierwsza obejmuje ustawy i rozporządzenia, które dotyczą państwowej i gminnej organizacyi sanitarnej, wykształcenia i działalności fachowej organów sanitarnych, tudzież urządzenia i prowadzenia zakładów zdrowotnych; druga obejmie rzecz o przeprowadzeniu ustaw i zastósowaniu i wykonaniu przepisów sanitarnych.

I tak w ręku naszym będący tom I. mieści następujące rozdziały: 1) publiczna służba zdrowia, organizacya służby sanitarnej przy władzach politycznych; 2) organizacya sanitarna gminna w poszczególnych krajach koronnych; 3) personal sanitarny, jego wykształcenie, osiedlenie się, wykonywanie praktyki; 4) apteki; 5) leki; 6) wody mineralne i miejsca kąpielowe; 7) zakłady humanitarne i lecznicze.

Materyał cały ułożony systematycznie i bardzo przeglądowo tak, że z łatwością można odszukać każde potrzebne rozporządzenie lub ustawę. W ogóle dzieło to bardzo starannie wydane, będzie bardzo cenne i pożądane dla władz, gmin, dla lekarzy urzędowych, aptek, zakładów humanitarnych i zdrowotnych. *P.*

Dr. J. Zawadzki: **Ważniejsze zdrojowiska.** Warszawa, 1896.

W broszurze przeznaczonej dla szerszego ogółu publiczności, objął autor krótki opis 132 alfabetycznie zestawionych naszych i obcych zdrojowisk.

Praca stanowi przedruk artykułów *Kuryera warszawskiego* o zdrojowiskach.

Opisy obejmują praktyczne wskazówki dla szukających porady w zakładach i w tem leży niemała zasługa autora, że starał się wiadomości o zdrojowiskach przystępnie podać publiczności. Razi jednak w pracy brak opisów wielu zakładów krajowych. Wszak Lubień, Wysowa, Dornawatra, Truskawiec, Swoszowice, Jaworze, Maryówka — także zasłużoną cieszą się sławą pośród swoich. Istnieje zaś ponadto jeszcze znaczniejsza liczba zdrojowisk i zakładów, o których wspomnieć się godziło.

Wprawdzie nasze zakłady w wielu punktach ustępują jeszcze zagranicznym, we wszystkich jednak bez wyjątku widać postęp.

Powodzenie zaś ich, a tem samem i rozwój, w niemałym stopniu zależy od pamięci lekarzy.

Pierwszy lepszy podręcznik Dobieszewskiego lub Zieleniewskiego, na których autor się odwołuje, byłby go przekonał, że posiadamy 340 miejscowości z 900 źródłami mineralnemi; — nie wszystkie one co prawda są „znaczne czy ważne“; — w każdym razie jednak jest ważniejszych daleko więcej, niż ich autor w swej broszurze przedstawił.

Dr. Pelczar.

V. Wyciągi.

Beyer Th.: **O odwietrzaniu bielizny za pomocą 3% rozczynów mydła i za pomocą wody wapiennej.** (*Ztschrft f. Hyg.* T. 22. Z. 2. str. 228). Z licznych i skrupulatnych doświadczeń B., dokonanych z prątkami durowym i błoniczym, z gronkowcem, przecinkowcem Kocha i *bact. coli*, wynika, że rozczyny mydła są tylko wtenczas skuteczne, jeżeli działają na zakażoną bieliznę przez kilka godzin w ciepłocie 50° C., a potem jeszcze przez dobę w ciepłocie zwyczajnej. Ponieważ takie postępowanie jest niewygodne i drogie, przystąpił B. do prób z wodą wapienną. Okazało się, że odwietrza ona bieliznę dostatecznie w ciągu 48 godzin; jeżeli odwietrzanie ma się dokonać w ciągu doby, należy bieliznę poprzednio w świeżej nasyconej wodzie wapiennej opłukać, a potem do innego naczynia z nieużywaną jeszcze wodą wapienną na 24 godzin zanurzyć. Materye wełniane odbarwiają się i słabną w wodzie wapiennej, płótno lniane i materye bawełniane wytrzymują to postępowanie bez szkody. Woda wapienna nadaje się więc do odwietrzania tych ostatnich, a nie nadaje się do wełny. *Ciech.*

Dr. M. Dreysel (Lipsk): **Leucoderma syphiliticum.** (*Berl. klin. Wochs.* 1896. Nr. 42). Dawniejsi autorowie, szczególnie francuscy, wskazywali na złożenie barwika w skórze, jako na cechę właściwą tej choroby; późniejsi, jak Fox, Simon, Neisser i Lesser uważali pozbawienie skóry barwika,

jako pierwszy objaw; przeciw tym ostatnim jednak wystąpili Fournier, Taylor, Uma, uważając za zmianę właściwą ciemne zabarwienie skóry, które przez przeciwieństwo do prawidłowej skóry, powoduje wystąpienie jaśniejszych plam. Na mocy liczniejszego materyału dochodzi D. do wniosku zupełnie pewnego, że na prawidłowej lub ciemniej zabarwionej skórze powstają plamy pozbawione barwika, rozszerzające się w obwodzie. Trudniej odpowiedzieć na sporne dotąd pytanie, czy *leucoderma* tworzy się w kile samoistnie, czy też po wysypce, która w tych miejscach przedtem się znajdywała. D. odpowiada również wymijająco, że widział przypadki po wysypce powstałe, ale także i takie, których wysypka w tych miejscach nie poprzedzała. Za miejsca najczęściej zajęte uważa, jak inni, szyję od karku. Ważniejszem jest potwierdzenie zdania Neissera, że ta zmiana w ubarwieniu skóry ma doniosłe znaczenie rozpoznawcze w kile, gdyż powstaje ona tylko w tej chorobie. Do tego wyniku doszedł autor, badając 2,018 chorych kobiet, leczonych w szpitalach wrocławskich, na oddziałach wewnętrznych i chirurgicznych; u chorych tych 3 razy tylko stwierdził *leucoderma*, sprzeciwia się więc Lewinowi, który je znalazł u 4% kobiet; lecz ten dermatolog badania swe przedsiębrał na materyale kliniki chorób skórnych i wenerycznych, a więc chorych, u których kiły stanowczo wykluczać nie można. Godząc się na zdanie Neissera i popierając jego zapatrywanie w tej sprawie, twierdzi D., że przecież nie może wykluczyć stanowczo powstania tej zmiany bez istnienia kiły. *F. K.*

Józef Jaworski (Warszawa): **Mors sub menstruatione ex anaemia.** (*Kronika lekarska* Zeszyt 19 i 20 z Września 1896). Skreśliwszy na początku różnicę między miesiączkowaniem fizyologicznem a patologicznem, przechodzi J. do opisu swego przypadku, dotyczącego 25-letniej osoby, u której miesiączkowanie, od chwili pojawienia się, t. j. od 14 r. życia, nigdy nie było prawidłowem.

Przeniesiona do szpitala właśnie podczas krwotoku, który mimo zatamponowania pochwy, nie ustał, okazywała wysoki stan osłabienia przy ciepłocie 37·3 C. Chora niebawem zakończyła życie, a sekcya stwierdziła, prócz hipoplazyi naczyń, *gastro-entero-nephroptosis*, macicę małą o ścianach cienkich, ścieńczała błona śluzowa pokryta była krwawym śluzem. Jajowody wydłużone, rozszerzone i pozwijane, otwory wewnętrzne zatkane, zewnętrzne zrośnięte z otrzewną miednicy. Lewy jajowód na końcu zewnętrznym tworzy guz kulisty, w niem skrzep krwi zbity, prawy zaś ślimakowato skręcony. Na podstawie obserwacyi klinicznej i sekcyi, autor przychodzi do przekonania, że w danym przypadku miał do czynienia z blednicą, której objawem była obfita miesiączka. Co do narządu rodnego, to badanie nekroskopijne stwierdziło rozpoznane za życia cierpienie jajowodów.

Następnie przechodzi autor do analogicznych przypadków, spostrzeganych przez innych autorów, jak Prochownik, Kornfeld i Diamant, Przewóski i Rakiejew.

W końcu zastanawia się nad przyczyną powstawania niedokrewności wogóle i nad niedokrewnością, wynikającą z powodu nadmiernego miesiączkowania.

Przytacza także teorye o blednicy Hofmana, który twierdzi, że wzrastanie jajników może drogą odruchową wywołać cały szereg zaburzeń, wiodących do niedokrwistości; Jaccauda, który odnosi ją również do fizyologicznej czynności jajników, Dunina, a wreszcie Virchowa, który odnosi ją do anatomicznej podstawy i do hipoplazyi układu naczyniowego. *Wand.*

Ahlfeld: **Znaczenie badania zewnętrznego rodzących w porównaniu z badaniem wewnętrznem.** (*Deutsche medicin. Wochenschrift* 1896. Nr. 44). Coraz częściej podnoszą się głosy, że badanie wewnętrzne rodzących jest zbyteczne i szkodliwe, ze względu na możliwość zakażenia rodzącej, natomiast, że badanie zewnętrzne zupełnie wystarcza do rozpoznania przebiegu porodu i ocenienia nieprawidłowości, jeżeli jakie zachodzą. Przeciw temu twierdzeniu występuje gorąco Ahlfeld, wychodząc z tej zasady:

1) że podczas porodu badanie zewnętrzne jest najczęściej utrudnione i nawet wprawni lekarze tylko w części potrafią pokonać te trudności techniczne,

2) badaniem zewnętrznem można wyśledzić tylko małą część nieprawidłowości porodowych, które tak dla matki, jak i dziecka, są bardzo wielkiej wagi,

3) badanie zewnętrzne, jeżeli jest bardzo dokładnie przeprowadzone, może być także ze szkodą dla rodzącej i może wywrzeć zły wpływ na przebieg porodu.

A. jest zdania, że badanie wewnętrzne może być zaniechane przez lekarza tylko w tym przypadku, jeżeli tenże, po przybyciu do rodzącej, naocznie może się przekonać, że poród wkrótce nastąpi, lub jeżeli badanie wewnętrzne w danym przypadku więcej szkody niż korzyści może przynieść. W innych razach zaniechanie badania wewnętrznego jest hazardem, którego sumienny lekarz dopuszczać się nie powinien. Wreszcie każdorazowe badanie wewnętrzne kształci lekarza praktycznego, względnie akuszerkę, więc i z tego powodu powinno się je przedsiębrać, jeżeli to nie będzie połączone ze szkodą dla rodzącej.

Dlatego autor zaleca udoskonalenie badania zewnętrznego obok wewnętrznego i stosowanie obu sposobów z korzyścią dla rodzącej. *Ww.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Posiedzenie naukowe z dnia 30. Października 1896.

Przewodniczący kol. Prus. — Członków obecnych 25, gości 3.

Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

Kol. Widman przedstawia chorego, dotkniętego tętniakiem tętnicy głównej. Zwróciwszy uwagę na dokładność oznaczenia za pomocą fonendoskopu granic stłumienia nad tętniakiem, mówca przechodzi do uwag nad rozpoznawaniem tętniaków aorty. Ze stanowiska rozpoznawczego można podzielić tętniaki na dwie grupy: W jednej korzystne pod względem dyagnostycznym położenie tętniaka czyni rozpoznanie zupełnie łatwem; w drugiej niekorzystne położenie zniewala, w braku klasycznych cech choroby, do uwzględnienia mniej znanych objawów. Do tych należy przedewszystkiem duszność, występująca napadowo, zwłaszcza przy zmianie położenia ciała, niekiedy nawet tylko w pewnych ściśle określonych pozycyach, n. p. jak to było w jednym przypadku mówcy — w ułożeniu na prawym boku. W przypadku tym sekcya wykazała obecność tętniaka, uciskającego lewe oskrzele. Osłabienie szmerów oddechowych po jednej stronie klatki piersiowej wskazuje również na uciśnięcie oskrzela. Ważnym objawem, znamionującym tętniaki tylnej ściany aorty, są bóle rozpromieniające się wzdłuż rozgałęzień *n. accessorii Villisii.* Wogóle dla tętniaków, niedających znamion przysłuchowych i wypukowych, niezawodnymi znakami są wspomniane wyżej bóle, osłabienie szmerów oddechowych, zwykle po lewej stronie — i napady duszności.

W podręcznikach podają mylnie, jakoby nad tętniakami można było zawsze słyszeć szmery. W samym tętniaku, jako takim, nie ma warunków do powstawania szmerów, o ile jedno z ujść tętniaka nie uległo zwężeniu, lub też o ile szmery zastawkowego pochodzenia (*v. semilunares*) nie udzielają się tętniakowi. W rzeczywistości też zwykle szmerów nad tętniakami nie bywa; słyszy się tylko zaostrzony, nieraz bardzo dźwięczny 2-gi ton; dźwięczność zależy tu od rezonansu tchawicy. Mylnem jest dalej dosyć rozpowszechnione twierdzenie, że tętniaki prowadzą do przerostu serca. Rzecz należy pojmować inaczej; zarówno przerost serca, jak i tętniak, zawdzięczają swe pochodzenie wspólnej przyczynie, mianowicie sprawie miażdżycowej; — w innych przypadkach przerost jest następstwem wady zastawkowej, towarzyszącej tętniakowi; w końcu przyczyną przerostu mogą być zapalenia osierdzia — wcale nierzadkie powikłanie tętniaka.

W dyskusyi, obfitującej w spostrzeżenia kazuistyczne, przyjmowali udział koll. P i s e k, M a h l i prelegent.

Kol. K o w a l s k i Edmund: „O ile może być usprawiedliwione i wskazane stosowanie zabiegów wodoleczniczych w przebiegu ostrych chorób zakaźnych“. Dotychczasowe leczenie ostrych chorób zakaźnych zabiegami wodoleczniczymi ograniczało się przeważnie na działaniu przeciwgorączkowem, co jednak nie tylko nie jest dostatecznem, ale niekiedy mogłoby być nawet zbytecznem. Z tego powodu stara się prelegent zwrócić uwagę na wpływ, jaki wywierają podniety termiczne i w innym kierunku na ustrój. W zachowaniu się ustroju widzimy dążność raz do powstrzymania rozwoju zarazków, powtóre do wydalania go na zewnątrz. Do pierwszego rzędu należy gorączka, białe ciałka i alkaliczność krwi; do drugiego gruczoły wydzielnicze. Wysoka ciepłota niszczy drobnoustroje, a przynajmniej powstrzmuje je w rozwoju. Sztuczne podniesienie ciepłoty u zwierząt (w termostacie, lub za pomocą nakłócia odpowiedniej okolicy ciała prążkowanego), czyni je odporniejszemi wobec zakażeń zarazkami; — do pewnego więc stopnia można uważać i gorączkę naturalną jako czynnik leczniczy. Białe ciałka krwi, pochłaniając zarazki, uwalniają ustrój od ich szkodliwego wpływu. Oddziaływanie alkaliczne krwi wpływa również dodatnio, odporność bowiem organizmu wobec drobnoustrojów stoi w prostym stosunku do tej własności (Wysokowicz, Fodor).

Drogami, któremi się ustrój swych szkodliwości pozbywa, są gruczoły wydzielnicze, przedewszystkiem gruczoły potowe i nerki, prócz tego przewód pokarmowy. Zabiegi zatem termiczne, o ile będą w stanie właściwości te ustroju i czynności jego narządów wesprzeć, o tyle znajdą usprawiedliwienie, a tem samem wskazanie.

Z powyższego wynikałoby, że obniżać gorączki nie należy, przynajmniej w pewnych granicach. Według Maurela żywotność białych ciałek jest największa przy średniej ciepłocie, maleje zaś z nadmiernem podwyższeniem jej tak, że przy 42—43° C. białe ciałka po 3 godzinach giną. Ponieważ nasza ciepłota wewnętrzna jest wyższą od ciepłoty w pasze o 1—1·5° C., przeto ile razy ciepłota w pasze przenosi 40° C., należy czynnie wystąpić, t. j. za pomocą odpowiedniego zabiegu termicznego obniżyć ją, bo przez to utrzymamy białe ciałka, a tem samem i osobnika przy życiu. Zabiegi termiczne, o ciepłocie niższej od każdorazowej ciepłoty ciała, zwiększają ilość białych ciałek krwi, biorących udział w ogólnem krążeniu i to tak u zwierząt, jak u ludzi zdrowych i chorych (na tyfus i zapalenie płuc). Również zabiegi te zwiększają alkaliczność krwi, tak u zwierząt (Cupper), jak u ludzi (Strasser).

Co do drugiego zadania, t. j. pomaganie organizmowi w wydalaniu jadów, zabiegi termiczne oddają również usługi. Są tu wskazane zabiegi napotne — kąpiele chłodne, które ze wszystkich zabiegów działają najbardziej moczopędnie, a według Rogne i Weilla, najszybciej wydalają jady. Picie dużych ilości wody, i to przeważnie ciepłej, wywołuje poty. Wstrzykiwania podskórne (Sahli), lub w zastępstwie tego podawanie płynów *per os*, wzmaga moczenie i spowodowuje mechaniczne niejako przepłókanie organizmu, przez co zwiększa się i przyspiesza wydalanie drobnoustrojów i ich produktów. Próby, podjęte w tym kierunku, dały pomyślne wyniki (Sahli, Święcicki). Prócz tego zabiegi termiczne wpływają korzystnie i jako bodziec nerwowy na narząd krążenia, na czynność oddychania, jak również na cały układ ośrodkowy. (Streszczenie własne).

W dyskusyi brali udział koll. M a h l, P i s e k, J a n d a, O b t u ł o w i c z, P r u s i prelegent. Kol. M a h l wspomniał o pomyślnym skutku, osiągniętym w kilku przypadkach nagminnego zapalenia opon mózgo-rdzeniowych przy stosowaniu gorących kąpieli (40° C.).

Sekretarz: *Dr. Feuerstein.*

VII. KORESPONDENCYE.

Lwów, d. 18. Listopada.

Wydział lekarski Uniwersytetu lwowskiego ukonstytuował się na początku bieżącego roku szkolnego a pierwsze posiedzenie odbył w dniu 11. Listopada, 1896 r. W skład grona profesorskiego wchodzi obecnie pięciu profesorów zwyczajnych i jeden nadzwyczajny, a mianowicie: prof. Dr. Henryk K a d y i przełożony instytutu anatomii opisowej, prof. Dr. Jan P r u s przełożony instytutu patologii ogólnej i doświadczalnej, prof. Dr. Andrzej O b r z u t, przełożony instytutu patologiczno-anatomicznego, prof. Dr. Władysław N i e m i ł o w i c z, przełożony instytutu chemii lekarskiej, prof. Dr. Wacław S o b i e r a ń s k i, przełożony instytutu farmakologii i farmakognozyi, tudzież prof. Dr. Adolf B e c k, przełożony instytutu fizyologicznego.

Dziekanem wydziału lekarskiego na rok 1896/7 został wybrany prof. Dr. Henryk K a d y i, prodziekanem prof. Dr. Jan P r u s, a delegatem do senatu akademickiego prof. Dr. Andrzej O b r z u t.

Asystentami na lwowskim wydziale lekarskim zamianowano: przy katedrze anatomii opisowej Dr. Leona Ś w i e ż a w s k i e g o, przy katedrze histologii i embryologii Dra Tadeusza P r a s c h i l a, przy katedrze fizyologii: Dr. Adama J a s i ń s k i e g o i p. Bolesława B ł a ż k a, przy katedrze chemii lekarskiej Dr. Juliusza H ü c k e l a, przy katedrze farmakologii i farmakognozyi Dr. Józefa K r y s a k o w s k i e g o, przy katedrze patologii doświadczalnej Dr. Romana S e r k o w s k i e g o, przy katedrze anatomii patologicznej Dr. Aleksandra T e i c h m a n a i Dr. Pawła K u č e r ę.

Funkcye demonstratorów pełnią: przy katedrze anatomii opisowej kand. Alfred B u r z y ń s k i i kand. Józef M a r k o w s k i; przy katedrze patologii doświadczalnej Dr. Janusz N i e m e n t o w s k i, a przy katedrze farmakologii i farmakognozyi Drd. Stanisław K l o c e k.

Na Wydział lekarski we Lwowie w półroczu zimowem roku szkolnego 1896/7 zapisało się zwyczajnych słuchaczów 111, a mianowie na III rok 58, na II rok 26, na I rok 27. Nadto pozwolenie uczęszczania na wykłady anatomii i fizyologii otrzymała panna Flora Ogórek, która wykazała się świadectwem, że uczyniła zadosyć wymaganiom przepisanym dla młodzieży męzkiej przy egzaminie dojrzałości z gimnazyum.

K.

Kijów, 19. Listopada.

W mieście naszem miało miejsce w dniu 2. Listopada uroczyste otwarcie Instytutu bakteryologicznego w obecności Jego Ces. Wysokości ks. Aleksandra Oldenburskiego (któremu głównie zawdzięcza swe powstanie Instytut medycyny doświadczalnej w Petersburgu), przedstawicieli miejscowych władz, profesorów Uniwersytetu i licznie zebranej publiczności. Instytut powstał z inicyatywy prywatnej. Od wielu lat w prowincyach południowych Cesarstwa szalenie grasuje błonica. Nic też dziwnego, że odkrycie Beringa i Rouxa wywarło błogie wrażenie na społeczeństwo ukraińskie, a pismo tutejsze „*Kiewlanin*“ poczęło gorąco zachęcać do składek, w celu zebrania funduszu na urządzenie zakładu dla przygotowywania surowicy przeciwbłoniczej. W krótkim czasie zebrano 10,000 r. s. i polecono prof. Pawłowskiemu urządzenie czasowej pracowni. Jednocześnie szerzono myśl zawiązania „Towarzystwa dla zwalczania chorób zakaźnych“, które wkrótce w czyn weszło. Prezesem komitetu zarządzającego obrano p. Brodzkiego, wielkiego bogacza i filantropa, który oświadczył, że własnym kosztem wzniesie gmachy, nie tylko na zakład dla przygotowywania surowicy, lecz i dla instytutu bakteryologicznego. Wskutek zabiegów prof. Stukowenkowa zarząd inżynieryi wojskowej zaofiarował plac, położony pod miastem, mający 4 morgi przestrzeni. Nie poprzestając na pracowni dla przygotowywania surowicy prze-

ciwbłoniczej, pomyślano o leczeniu wścieklizny, sposobem Pasteura. P. Brodzki wysłał własnym kosztem dwóch lekarzy w celu zapoznania się z tą metodą w dawniej urządzonych zakładach; Zarząd zaś m. Kijowa wyznaczył 2800 rs. stałej zapomogi rocznej i 4. Lutego dokonano pierwszych zastrzykiwań.

W Kwietniu b. r. przystąpiono do budowy instytutu. Towarzystwo dla zwalczania chorób zakaźnych obrało prezesem czynnym p. Brodzkiego, prezesem zaś honorowym księcia Aleksandra Oldenburskiego.

Od Stycznia 1895 r. do 27· Października r. b. przyrządzono 24,389 flaszeczek surowicy przeciwbłoniczej. Stacya posiada 19 koni, z których tylko z 12 otrzymuje się surowica przeciwbłonicza.

Pasteurowskich szczepień od 4. Lutego do 27. Października dokonano na 491 osobach.

Dochód towawarzystwa wynosił w ogóle 133.413 r. s. Stanowiły go: ofiarowane przez p. Brodzkiego na wzniesienie gmachów instytutu 85,000; otrzymano ze sprzedaży surowicy leczniczej 24,106 r. s.; ze składek członków i ofiar osób prywatnych 21,000 r. s. od zarządu m. Kijowa 1288 r. s. Wydano dotąd 111,298 r. s. *cz.*

VIII. Wiadomości zawodowe.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Sprawozdanie c. k. krajowej Rady zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w r. 1894. Lwów, 1896. Nakładem funduszu rządowego c. k. krajowej Rady zdrowia.

(Dokończenie. Patrz Nr. 47).

Ułomni niepomieszczeni w zakładach.

a) Obłąkani. W końcu r. 1894. wykazano 2,377 obłąkanych obojej płci, pozostających w opiece domowej, t. j. bez opieki zawodowej, a tylko 108 osób tej kategoryi przebywało w zakładach zaopatrzenia. Stosunek liczbowy obłąkanych do ludności przedstawia się najkorzystniej w Galicyi ze wszystkich krajów monarchii austryackiej, wynosi bowiem u nas 38:100.000, — wtenczas kiedy w Voralbergu dosięga on 214, w Salzburgu 211 i t. d. na 100.000 mieszkańców. Największą liczbę obłąkanych w Galicyi, w stosunku do 100.000 mieszkańców, miał powiat grybowski (80), brzozowski (74), gorlicki (72), miasto Kraków (70); najmniej było w powiecie podhajeckim (13), dobromilskim (11), liskim (10) i rawskim (7) — na 100.000 mieszkańców.

b) Kretyni (matołki). W r. 1894. naliczono w Galicyi 3,899 kretynów obojej płci; w stosunku do liczby mieszkańców całego kraju wynosi to cyfrę 56:100.000, podczas, gdy w całem państwie stosunek ten dosięga 74:100.000. W Salzburgu równa się 307, w Karyntyi 291, w Styryi 237:100.000. W wielu powiatach zupełnie nie ma matołków, natomiast w innych jest ich liczba uderzająco wielka. I tak: w powiecie grybowskim 534, sandeckim 347, nowotarskim 259, limanowskim 218, jasielskim 205, na 100,000 mieszkańców.

c) Głuchoniemi. W r. 1894. było 10,252 w Galicyi głuchoniemych obojej płci. Przedstawia to 1·53‰ ludności całego kraju i pod tym względem zajmuje Galicya 4-te miejsce w rzędzie krajów koronnych Austryi. Od urodzenia miało być głuchoniemych 8,878, a 1,374 miało później nabyć tego kalectwa. Największa liczba głuchoniemych przypada na powiaty południowo zachodnie, najmniej jest w Krakowie, gdyż tylko 25.

d) Ciemni. Ciemnych wykazano w roku sprawozdawczym 4,893, z których tylko 101 korzystało z pobytu w zakładach dobroczynnych. Pod względem ilości ciemnych Galicya zajmuje 4-te miejsce w rzędzie krajów koronnych austryackich. Ciemnych z urodzenia wykazano 1,134, ociemniałych wskutek zapalenia ócz noworodków 307, z ospy 431, wskutek urazów 178. Na 100,000 ludności było ciemnych w całym kraju 73, najwięcej w pow. zbarazkim (148), najmniej w brzozowskim i myślenickim.

e) Nałogowi pijacy. W r. 1894. naliczono w Galicyi 9,305 (1·40‰) nałogowych pijaków; mężczyzn 74·4%, kobiet 25.6%. Najwięcej pijaków ma być w Krakowie (9·9‰). W sprawozdaniu wyrażono powątpiewanie o dokładności tej rubryki.

Szczepienie ospy i zakłady produkcyi krowianki.

W całym kraju zaszczepiono w r. 1894. osób 258,869, z liczby 288,869 obowiązanych do szczepienia. Szczepienie przyjęło się u 88·8%, nie przyjęło się u 3·9%, wynik wątpliwy był u 7·3%. Na pokrycie kosztów szczepienia wydano z funduszu krajowego 59,747 złr.; jedno szczepienie kosztowało 18 ct.

Zakładów produkcyi krowianki było 4: prof. Dra Barańskiego (Lwów), chirurga Freysingera (Lisko), p. Kretowicza (Lwów) i prof. Kubickiego (Lwow).

Służba zdrowia. W r. 1894. było w Galicyi 1,078 lekarzy i chirurgów (o 42 więcej), doktorów medycyny 910, chirurgów 168. W r. sprawozdawczym przypadał 1 doktor med. na 7,261 mieszkańców, 1 chirurg na 39,332, a wogóle, jeden lekarz (doktor lub chirurg) na 6,130 mieszkańców. Posady rządowe zajmowało 170 doktorów medycyny (89 w admin. państwowej, 27 profesorów, 54 praktykowało w zakładach rządowych). Posady krajowe powiatowe, gminne zajmowało 281 doktorów medycyny (111. w szpitalach). Weterynarzy było 139, konowałów 20, akuszerek 1,590 (+131). W końcu r. 1893. było ustanowionych w 44 samoistnych gminach sanitarnych 61 lekarzy gminnych, kosztem 45,750 złr. Okręgów sanitarnych było utworzonych 11, kosztem 5,600 złr. W ciągu r. 1894. ustanowiono 93 akuszerek gminnych i okręgowych, co z poprzedniemi stanowi 173 akuszerek, kosztem 17,387 złr. z funduszu gminnego. Aptek w r. 1894. było 254, prócz tego było 28 aptek domowych. We Lwowie jeden lekarz przypada na 663 mieszkańców, w Krakowie — na 426.

Parowe przyrządy dezinfekcyjne. W roku 1894. było w kraju 34 stałych, a 54 ruchomych przyrządów parowych dezinfekcyjnych, z tych 32 były własnością gmin, 18 c. k. sądów i domów kary, 13 zarządów kolejowych, 6 skarbu wojskowego, 8 zarządów szpitalnych, 3 gmin, 3 zakładów zdrojowych, 1 szkoły weterynaryi, 1 zakładu naukowo-wychowawczego, 1 zakładu sierót, 5 zakładów fabrycznych, 1 wydziału powiatowego, 1 Towarzystwa czerwonego Krzyża.

Na zakończenie sprawozdania za rok 1894. krajowa Rada zdrowia sformułowała 17 wniosków, mających na celu uzdrowotnienie kraju. Wnioskodawcy oparli się o szeroką podstawę wszystkich warunków życia społecznego, a w parze z głęboką znajomością rzeczywistego bytu naszego narodu idą wnioski mądre, dojrzałe i wszystkie wykonalne. Ośmielamy się dorzucić małe uzupełnienie: cywilizacya zachodnich społeczeństw poucza, że wszystkie chwalebne wysiłki państwowego zarządu zdrowia wtenczas dopiero osięgają cel zamierzony, jeśli im towarzyszy zupełne zrozumienie przez społeczeństwo sanitarnych zarządzeń władzy, jeśli szkolnictwo z jednej, popularne odczyty i przystępna literatura higieniczna z drugiej strony o tyle oświecą jednostkę, że ona świadomie i samodzielnie wciela w życie przepisy higieny. Przeto do wniosków krajowej Rady zdrowia dorzucilibyśmy jeszcze jeden, będący z nimi w zupełnej zgodzie: przez szkołę, odczyty, broszury i t. d. rozszerzenie pojęć o istotnych warunkach zdrowia, podniesienie w szczególności przez szkolnictwo oświaty w najobszerniejszem słowa znaczeniu, słowem, to, zawsze żywotne i nieśmiertelne: „*mehr Licht*“.

A. K.

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 26. Listopada 1896.

— Prezes Towarzystwa lekarskiego krakowskiego otrzymał następujące pismo:

„Mamy zaszczyt zaprosić Szanowne Towarzystwo lekarskie krakowskie na odczyt nadinżyniera Romana Ingardena pod tyt.: *O zaopatrzeniu wodą miasta Krakowa, względnie o wynikach badania wód wgłębnych w okolicy m. Krakowa.*

Odczyt odbędzie się w sobotę, d. 28. Listopada, o godzinie 6-tej wieczorem, w lokalu Towarzystwa technicznego (Rynek główny, l. 17, II. piętro)".

E. Śmiałowski, *Sekretarz.* *Stanisław Kułakowski,* *Prezes Tow. techn.*

Izba lekarska wschodnio-galicyjska we Lwowie.

Posiedzenie Wydziału z d. 31. Października, 9. i 16. Listopada, 1896 roku.

1) Dwóch lekarzy uwolniono od opłaty za r. 1896.

2) Rozpatrywano przedstawione przez Prezydenta wnioski co do uzyskania funduszów dla zaopatrywania wdów i sierot po lekarzach i, celem zasięgnięcia opinii szerszych kół lekarskich, uchwalono zaprosić wszystkich lekarzy lwowskich na naradę, a następnie lekarzy prowincyonalnych.

3) Jednemu z lekarzy udzielono upomnienia za nieodpowiednie postępowanie wobec kolegi.

4) Jednemu z lekarzy udzielono ostrzeżenia za nieodpowiednie anonsowanie się w pismach wiedeńskich.

Prócz tego załatwiono znaczniejszą ilość spraw mniejszej wagi i przyjęto do wiadomości kilka pism obcych Izb.

* Wydział lekarski Uniwersytetu lwowskiego uchwalił jednogłośnie, na posiedzeniu odbytem w dniu 11. b. m., przedstawić docenta Uniwersytetu krakowskiego Dra Władysława Szymonowicza do nominacyi na profesora nadzwyczajnego histologii i embryologii w Uniwersytecie lwowskim.

* Egzamin fizykacki złożyli w Krakowie następujący lekarze: Galant, Jaszczurowski, Lutinger, Mieroszowski, Mossór, Piotrowski i Pyszkowski.

* Ustawę o utworzeniu osobnego funduszu na budowę kliniki okulistycznej w Krakowie ogłasza *Wiener Zeitung.*

* Cesarz nadał Drowi Konstantemu Błachowskiemu, referentowi sanitarnemu komendy obrony krajowej we Lwowie, złoty krzyż zasługi z koroną.

* Wiceprezesem kasy imienia Mianowskiego wybrany został Dr. Konrad Dobrski (*Gazeta lek.*).

(C.) Niedawno wyszedł z druku pierwszy zeszyt nowego miesięcznika, p. t.: *Die Heilkunde*, wydawanego w Wiedniu i Lipsku pod redakcyą Drów Weissa i Oefelego. Sądząc z programu pisma i z treści pierwszego zeszytu, ma nowy organ być rodzajem lekarskiego *Revue des Revues*, odźwierciedlającego cały współczesny ruch naukowy i zawodowy. Pierwszą część tego zadania przedstawiają w numerze okazowym rozprawki Ortha: „O przecinkowcu cholery", Hilberta: „O leczeniu błonicy surowicą", prof. Noordena: „O pożywieniu przy moczówce cukrowej" i Mariny: „O ośrodkowych porażeniach mięśni ocznych", a nadto streszczenia zbiorowe prac z zakresu medycyny wewnętrznej, wydanych w językach skandynawskich i węgierskim. O ile pierwsze cztery artykuły nie zawierają nic istotnie nowego i świadczą, że przegląd nowszych zdobyczy naukowych, ograniczony nawet do najważniejszych tylko spraw, nie może być w ramach miesięcznika ani dokładny, ani wyczerpujący, o tyle sprawozdania z prac, pisanych w językach mniej dostępnych, są istotnie dobrym i praktycznym pomysłem I dla naszego piśmiennictwa nie będzie to bez korzyści, bo nazwiska Trzebickyego, Neugebauera i Pawińskiego, zamieszczone na liście współpracowników świadczą, że o nas nie zapomniano i że liczyć możemy na wybornych sprawozdawców z prac polskich. Ruch naukowy odbija się po części także w korespondencyach, których jest w I szym zeszycie 6: z Egiptu, z Ameryki, Niemiec, Anglii, Austryi i Rosyi. Może więcej jeszcze, niż sprawozdania z mniej znanych języków, zasługuje na uznanie próba stworzenia czasopisma, zajmującego się wyczerpująco sprawami zawodowemi lekarzy na całej kuli ziemskiej. Znać w tem trochę wpływ nowoczesnych prądów socyalnych, rozpowszechniających nie tylko już walkę klas społecznych, ale dążących nawet do sprzęgnięcia w pewną organizacyę poszczególnych stanów i zawodów. Międzynarodowe związki rozpowszechniają się coraz więcej, nic więc dziwnego, że i lekarze wszystkich krajów zaczynają zwolna odczuwać potrzebę ściślejszego porozumiewania się, w celu strzeżenia interesów i godności stanu lekarskiego. Plany redakcyi *Heilkunde* znajdują w I-szym zeszycie wyraz w dwóch artykułach. Docent wiedeńskiego wydziału prawniczego, Pollak, pisze o „tajemnicy lekarskiej". Rozprawa ta stoi nie tylko na gruncie prawniczym, ale także trzyma się dość niewolniczo paragrafów. Autor bowiem nie wdaje się w krytykę ustaw obowiązujących (§. 498 austr. kodeksu karnego), jeno daje prawnicze objaśnienie tekstu ustawy, starając się zarazem podać wskazówki, jak na zasadzie innych przepisów prawnych lekarz cało z kolizyi obowiązków wyjść może. Dla austryackich lekarzy może to mieć wartość praktyczną, jednakże nie rozwiązuje wcale trudnego zagadnienia, jakiem jest tajemnica lekarska, w sposób dla międzynarodowej etyki lekarskiej przydatny. Radca Schwartz z Kolonii udowadnia potrzebę ustawodawczego przeprowadzenia etyki lekarskiej (w najszerszem słowa znaczeniu); sprawa ta u nas jest niemniej, jak w Niemczech, pilną, jednakże bliższą, jak wiadomo, rozwiązania, tem łatwiejszego, że u nas nie rozwielmożniło się partactwo lekarskie tak, jak w Niemczech. Sprawy zawodowe uwzględnione są także w niektórych korespondencyach. Curiosum w zakresie reklamy lekarskiej jest ogłoszenie jednego z Nowojorskich lekarzy, że jest „specyalistą dla bicyklistów" i leczy wszelkie z kolarstwa wynikające choroby! Niemniej ciekawą ilustracyą stosunków amerykańskich jest proces, wytoczony przez pewnego optyka lekarzowi o odszkodowanie w kwocie 50000 dolarów. Lekarz ten postawił w jednem z towarzystw lekarskich wniosek, ażeby z organu Towarzystwa wyrzucić inserat, w którym ów optyk ogłaszał, że poucza lekarzy, jak dobierać szkła przy wadach refrakcyi! Towarzystwo uchwaliło ująć się za napadniętym kolegą.

Kronika I-go zeszytu *Heilkunde* jest bardzo bogatą i zawiera: przegląd ważniejszych artykułów prasy lekarskiej, nowe środki lecznicze, nowsze przepisy i przyrządy, streszczenie króciutkie obrad kilku zjazdów i stowarzyszeń, jakoteż Izb lekarskich i związków zawodowych, dalej po parę notatek z zakresu medycyny społecznej, spraw kas chorych i aptekarstwa, wreszcie bardzo dokładne wiadomości osobowe (zwłaszcza z Niemiec i Austryi). — Zewnętrznie przedstawia się *Heilkunde* wcale wytwornie i ozdobione jest udatną tablicą kolorową, przedstawiającą hodowle przecinkowca Kocha.

* **Mianowani**: Prof. Grashey dyrektorem kliniki chorób nerwowych i umysłowych w Monachium.

† **Nekrologia**. Zmarli: Dr. **Guszkowski Władysław**, lekarz powiatowy w Ciechanowie.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich. W *Gazecie lekarskiej* Nrze 47. Dra Stan. O r ł o w s k i e g o: O gumatach rdzenia. Dra A. L a n d e: Przyczynek do kazuistyki zapalenia nerek. Dra J a s i ń s k i e g o: Listy o opatrywaniu ran. — W *Medycynie* Nrze 46 Dra Sz. K o s s o b u d z k i e g o: Przyczynek do kazuistyki przymiotu móżdżku Dra M. B i r o: O sklerotomii (c. d.).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie zwyczajne swe posiedzenie w dniu 2. Grudnia, to jest we Środę, o godzinie 6-tej wieczorem *w Collegium novum* (w sali Śniadeckich), z następującym porządkiem dziennym:

1) Kol. doc. Dr. Baurowicz: Demonstracya dwóch okazów tworów złośliwych uszypułkowanych — z górnych dróg oddechowych.

2) Kol. Dr. Kaczyński: Odwrotny układ wnętrzności z rzadką nieprawidłowością w narządzie krążenia (demonstracya).

3) Kol. Dr. Łepkowski: „O krwotokach po wyrwaniu zęba".

4) Kol. Profesor Gluziński: „O nagminnem zapaleniu mózgo rdzeniowem".

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Paski pachwinowe,
Paski brzuszne pępkowe,
oraz
wyroby gumowe
i metalowe
Klizopompy
francuskie,
Irrygatory,
pulweryzatory.

Adres telegraficzny:
Knapiński, Kraków.

L. Knapiński

FABRYKANT

narzędzi chirurgicznych i nożowniczych

dostawca dla c. k. klinik Uniw. Jagiell.

odznaczony wielkiemi medalami srebrnemi za staranne wyrabianie narzędzi odpowiadających wszelkim wymaganiom tak co do trwałości jakoteż dokładności.

Wielki wybór scyzoryków, nożyczek i brzytew.

Aparata inhalacyjne
(strzykawki podskórne),
Poduszki kauczukowe,
respiratory,
pończochy gumowe,
pugilaresy
z narzędziami lekarskiemi,
kleszcze i t. p.

Kraków, Sławkowska 4.



149—x—8

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.